

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií

Vybrané aspekty managementu kvality v psychiatrické nemocnici

Diplomová práce

2025

Bc. Vošická Gabriela

Univerzita Pardubice  
Fakulta zdravotnických studií  
Akademický rok: 2023/2024

# ZADÁNÍ DIPLOMOVÉ PRÁCE

(projektu, uměleckého díla, uměleckého výkonu)

Jméno a příjmení: **Bc. Gabriela Vošická**  
Osobní číslo: **Z23347**  
Studijní program: **N0988P360003 Organizace a řízení ve zdravotnictví**  
Téma práce: **Vybrané aspekty managementu kvality v psychiatrické nemocnici**  
Téma práce anglicky: **Selected Aspects of Quality Management in a Psychiatric Hospital**  
Zadávací katedra: **Katedra klinických oborů**

## Zásady pro vypracování

- Studium literatury, sběr informací a popis současného stavu řešené problematiky.
  - Stanovení cílů a metodiky práce.
  - Příprava a realizace výzkumného šetření dle stanovené metodiky.
  - Analýza a interpretace získaných dat.
  - Zhodnocení výsledků práce.
-

Rozsah pracovní zprávy: **50 stran**  
Rozsah grafických prací: **dle doporučení vedoucího**  
Forma zpracování diplomové práce: **tištěná/elektronická**

Seznam doporučené literatury:

Literatura dle doporučení vedoucího závěrečné práce.

Vedoucí diplomové práce: **Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D.**  
Katedra klinických oborů

Datum zadání diplomové práce: **1. prosince 2023**  
Termín odevzdání diplomové práce: **23. dubna 2025**

**doc. RNDr. ThLic. Karel Sládek, Ph.D., MBA** v.r.  
děkan

L.S.

**Mgr. Zuzana Červenková, Ph.D.** v.r.  
vedoucí katedry

V Pardubicích dne 13. března 2025

## PROHLÁŠENÍ AUTORA

Prohlašuji:

Práci s názvem „Vybrané aspekty managementu kvality v psychiatrické nemocnici“ jsem vypracovala samostatně. Veškeré literární prameny a informace, které jsem v práci využila, jsou uvedeny v seznamu použité literatury. Byla jsem seznámena s tím, že se na moji práci vztahují práva a povinnosti vyplývající ze zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů (autorský zákon), ve znění pozdějších předpisů, zejména se skutečností, že Univerzita Pardubice má právo na uzavření licenční smlouvy o užití této práce jako školního díla podle § 60 odst. 1 autorského zákona, a s tím, že pokud dojde k užití této práce mnou nebo bude poskytnuta licence o užití jinému subjektu, je Univerzita Pardubice oprávněna ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, které na vytvoření díla vynaložila, a to podle okolností až do jejich skutečné výše. Beru na vědomí, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb., o vysokých školách a o změně a doplnění dalších zákonů (zákon o vysokých školách), ve znění pozdějších předpisů, a směrnicí Univerzity Pardubice č. 7/2019 Pravidla pro odevzdávání, zveřejňování a formální úpravu závěrečných prací, ve znění pozdějších dodatků, bude práce zveřejněna prostřednictvím Digitální knihovny Univerzity Pardubice.

V Pardubicích dne 23. 04. 2025

Bc. Gabriela Vošická v. r.

## **PODĚKOVÁNÍ**

Ráda bych upřímně poděkování Mgr. Zuzaně Červenkové, Ph.D. za odborné vedení mé diplomové práce, cenné rady a trpělivost, se kterou mě provázela celým procesem jejího vzniku. Velké poděkování patří také mé rodině, která mě po celou dobu studia podporovala, dodávala mi sílu a motivaci v náročných obdobích. Dále bych chtěla poděkovat zaměstnancům psychiatrické nemocnice, kteří mi ochotně pomohli při získávání dat k analýze nežádoucích událostí. Jejich vstřícnost a spolupráce byly klíčové pro realizaci výzkumné části mé práce.

## **ANOTACE**

Tato diplomová práce se zaměřuje na management kvality ve zdravotnictví se zvláštním důrazem na analýzu nežádoucích událostí v psychiatrické péči. Teoretická část popisuje řízení kvality a její zvyšování, důležitost identifikace rizik a legislativní rámec k zmíněné problematice. Výzkumná část se věnuje analýze nežádoucích událostí ve vybrané psychiatrické nemocnici a navrhuje opatření ke zlepšení jejich hlášení. Cílem práce je přispět k optimalizaci kvality péče a zvýšení bezpečnosti pacientů v psychiatrických zařízeních.

## **KLÍČOVÁ SLOVA**

management kvality, nežádoucí události, spokojenost pacientů, psychiatrická nemocnice

## **TITLE**

Selected Aspects of Quality Management in a Psychiatric Hospital

## **ANNOTATION**

This thesis focuses on quality management in healthcare, with a particular emphasis on the analysis of adverse events in psychiatric care. The theoretical part describes quality management and its improvement, the importance of risk identification, and the legislative framework related to this issue. The practical part analyzes adverse events in a selected psychiatric hospital and proposes measures to enhance their reporting and prevention. The aim of the thesis is to contribute to the optimization of care quality and the improvement of patient safety in psychiatric facilities.

## **KEYWORDS**

quality management, adverse events, patient satisfaction, psychiatric hospital

# OBSAH

Úvod.....	12
1 Cíle a metody práce .....	13
1.1 Cíl práce.....	13
1.2 Metody k dosažení cíle .....	13
Teoretická část .....	14
2 Management kvality .....	14
2.1 Management kvality a jeho principy .....	14
2.2 Management kvality ve zdravotnictví.....	15
2.3 Indikátory kvality.....	16
2.4 Resortní bezpečnostní cíle .....	17
2.5 Akreditační komise a akreditační standardy .....	18
2.6 Základní charakteristiky koncepcí systémů managementu kvality .....	19
2.6.1 Koncepce podle norem ISO .....	19
2.7 Management rizik .....	20
2.7.1 Mimořádná událost/nežádoucí událost .....	21
2.8 Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí .....	23
2.8.1 Hodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí .....	24
2.8.2 Hodnocení spokojenosti s poskytovanou zdravotní péčí v České republice ....	25
2.8.3 Faktory ovlivňující spokojenost pacientů .....	26
3 Psychiatrie.....	26
3.1 Management kvality v psychiatrické péči .....	26
3.2 Závislost.....	28
3.3 Ochranné léčení .....	31
3.3.1 Proces ústavního ochranného léčení .....	32
3.3.2 Ochranné ústavní léčení a nežádoucí události .....	33

Výzkumná část.....	35
4 Metodika .....	37
4.1 Metodika první části .....	37
4.1.1 Charakteristika oddělení A – dobrovolné léčení.....	38
4.1.2 Charakteristika oddělení B – ústavní léčení .....	38
4.2 Metodika druhé části.....	39
4.2.1 Přehled typů oddělení psychiatrické nemocnice.....	40
4.2.2 Nežádoucí události informační systém .....	41
4.2.3 Nežádoucí události tištěný formulář .....	44
5 Výsledky .....	45
5.1 Výsledky první části .....	45
5.2 Výsledky druhé části.....	47
5.2.1 Výsledky nežádoucí události informační systém.....	47
5.2.2 Výsledky nežádoucí události tištěný formulář.....	55
6 Diskuze .....	59
6.1 Diskuze první části.....	59
6.1.1 Omezení první části .....	60
6.1.2 Návrh opatření první části.....	60
6.2 Diskuze druhé části.....	61
6.2.1 Omezení druhé části.....	63
6.2.2 Návrh opatření druhé část .....	63
7 Závěr .....	65
8 Použitá literatura .....	66
8.1 Primární zdroje .....	66
8.2 Sekundární zdroje .....	66
8.3 Odborné články .....	67



8.4	Internetové zdroje .....	70
8.5	Ostatní zdroje .....	71
9	Přílohy.....	72

## SEZNAM OBRÁZKŮ A TABULEK

Obrázek 1: Vývojový diagram postup tvorby diplomové práce.....	36
Obrázek 2: Celkový počet hospitalizovaných pacientů na odděleních 2023 a 2024.....	43
Obrázek 3: Výskyt nežádoucích událostí na oddělení J .....	53
Tabulka 1: Počet četností příjmů a překladů 2023 a 2024.....	42
Tabulka 2: Počet zaměstnanců v letech 2023 a 2024 .....	44
Tabulka 3: Počet četností nežádoucích událostí informační systém.....	48
Tabulka 4: Počet četností typů nežádoucích událostí .....	48
Tabulka 5: Počet četností případů informování policie .....	49
Tabulka 6: Počet četností nežádoucích událostí měsíčně, z-test .....	49
Tabulka 7: Počet četností nežádoucích událostí měsíčně, relativní četnosti .....	50
Tabulka 8: Počet četností nežádoucích událostí dle místa vzniku, z-test .....	51
Tabulka 9: Počet četností nežádoucích událostí dle místa vzniku, relativní četnosti .....	52
Tabulka 10: Počet četností nežádoucích událostí tištěný formulář .....	55
Tabulka 11: Popis případů dlouhodobých pracovních neschopností v roce 2023.....	56
Tabulka 12: Popis případů dlouhodobých pracovních neschopností v roce 2024.....	57
Tabulka 13: Počet četností nežádoucích událostí cizí zavinění.....	58

## **SEZNAM ZKRATEK A ZNAČEK**

**CSQ-8** – Client Satisfaction Questionnaire (Dotazník spokojenosti klienta)

**EFQM** – European Foundation for Quality Management (Evropská nadace pro řízení kvality)

**Et al.** – Kolektiv autorů

**FMEA** – Failure Mode and Effects Analysis (Analýza možného výskytu a vlivu vad)

**FTA** – Fault Tree Analysis (Analýza stromu poruch)

**IHK** – Interní hodnocení kvality

**ISO** – International Organization for Standardization (Mezinárodní organizace pro normalizaci)

**KOP** – Kvalita očima pacientů

**MKN** – Mezinárodní klasifikace nemocí

**MQOC** – Menninger Quality of Care (Menningerův model kvality péče)

**MZČR** – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

**Např.** – Například

**NHSP** – Národní hodnocení spokojenosti pacientů

**NZIP** – Národní zdravotnický informační portál

**NU** – Nežádoucí událost

**PČR** – Policie České republiky

**PSQ** – Patient Satisfaction Questionnaire (Dotazník spokojenosti pacienta)

**RBC** – Resortní bezpečnostní cíle

**RCA** – Root Cause Analysis (Analýza kořenových příčin)

**Tzv.** – Tak zvaný

## ÚVOD

Kvalita zdravotní péče je jedním z klíčových parametrů efektivního fungování zdravotnických zařízení. V prostředí psychiatrických nemocnic, které čelí specifickým výzvám souvisejícím s péčí o zranitelné skupiny pacientů, nabývá na významu systematické řízení kvality a bezpečnosti poskytovaných služeb. Nezbytnou součástí tohoto procesu je také sledování a analýza nežádoucích událostí, které mohou negativně ovlivnit nejen pacienty, ale i pracovníky zařízení.

Teoretická část diplomové práce se věnuje managementu kvality ve zdravotnictví se zaměřením na psychiatrickou péči. Popsány jsou principy řízení kvality, řízení rizik, legislativní rámec a význam hodnocení spokojenosti pacientů. Samostatná kapitola se zabývá ochranou léčbou a problematikou závislostí, které představují hlavní oblast zkoumání v rámci výzkumné části.

Výzkumná část je rozdělena do dvou okruhů. Prvním zamýšleným cílem bylo zhodnocení spokojenosti pacientů hospitalizovaných na odděleních závislostí. Tento cíl nebyl naplněn. Druhý okruh výzkumu se věnuje analýze nežádoucích událostí, jejich výskytu, typům, místu a období vzniku, a přináší návrhy opatření ke zlepšení systému jejich evidence a prevence.

Získané poznatky přispívají k hlubšímu pochopení problémových oblastí v řízení kvality psychiatrické péče a mohou sloužit jako podklad pro implementaci konkrétních opatření zaměřených na zvýšení bezpečnosti pacientů a pracovníků v prostředí psychiatrických nemocnic.

# **1 CÍLE A METODY PRÁCE**

## **1.1 Cíl práce**

Cílem je zjistit spokojenost pacientů hospitalizovaných v psychiatrické nemocnici na odděleních závislostí.

V psychiatrické nemocnici analyzovat nežádoucí události za rok 2023 a 2024 a porovnat je.

V psychiatrické nemocnici popsat nedostatky v managementu kvality hlášení nežádoucích událostí a uvést návrhy pro udržení a další zvyšování kvality poskytované péče v tomto zařízení.

## **1.2 Metody k dosažení cíle**

Teoretická část diplomové práce vychází z odborné literatury, vědeckých článků a aktuální legislativy. Poskytuje nezbytný kontext a teoretické základy pro výzkumnou část práce.

Výzkumná část se zaměřuje na hodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí pomocí dotazníku a dále analýzou nežádoucích událostí v psychiatrické nemocnici v letech 2023 a 2024. Data byla získána dvěma způsoby – z interního informačního systému (události spojené s pacienty) a z tištěných formulářů (události týkající se zaměstnanců nebo majetku nemocnice). Následně byla provedena jejich kvantitativní analýza.

# TEORETICKÁ ČÁST

V teoretické části je pozornost věnována managementu kvality a aspektům se k ní pojící, například mezinárodní standardy, jako jsou ISO 9001. Popisuje spokojenost pacientů a faktory, které ji ovlivňují. Nedílnou součástí je přehled legislativy a regulací, které zdravotnická zařízení musí dodržovat.

## 2 MANAGEMENT KVALITY

V této části jsou zpracovány pojmy management, kvalita a co je jejich nedílnou součástí. Uvádí principy managementu kvality 21. století. Zmiňuje systémy a měření managementu kvality. Zabývá se indikátory kvality, resortními bezpečnostními cíli, dále managementem rizik a k němu se pojícími nežádoucími událostmi.

### 2.1 Management kvality a jeho principy

Obecně se s managementem setkáme v různých oborech a od toho se i přizpůsobují definice. Samotné slovo management pochází z anglického jazyka a je odvozené od slova manage = řídit. Pojí se k němu další významy, a to: specifický způsob řízení lidí, osoby na vedoucích pozicích v organizaci, oblast studia a výzkumu, nebo schopnost a aktivita jednotlivce. Podstatou managementu je spolupráce mezi jednotlivci a skupinami k dosažení cílů v určitém prostředí za určitého procesu. Mezi nejdůležitější manažerské funkce patří plánování, rozhodování, organizování, operativní řízení, kontrolování. (Plevová, 2012)

Pokud se podíváme do historie, definice kvality byla zpracována již několik století před našim letopočtem, a to Aristotelem. Kvalita se ale vyvíjí současně s rozvojem společnosti, díky průmyslovým a dalším revolucím. Dle amerického odborníka na kontrolu kvality Armanda Vallina Feigenbauma „*Kvalita je to, co za ni považuje zákazník.*“ (Nenadál, 2018)

V oblasti zdravotní péče je chápána kvalita jako přesná a rychlá diagnóza, krátké čekací doby, zachování soukromí a mlčenlivosti, vysoká odbornost lékařů a všeobecných sester. (Nenadál, 2018)

Ačkoliv se zabýváme pojmem kvalita, dochází k jejímu zhodnocování spíše opačným pohledem, a tím je myšleno hodnocením míry nekvality jako je například počet komplikací. Zákazníka spíše zajímá kolik bylo nespokojených pacientů nežli těch spokojených. (Bednařík, 2018)

Principy managementu kvality představují soubor základních hodnot, pravidel a přesvědčení, které definují jednotný přístup ke kvalitě. Existuje celkem jedenáct těchto principů, které slouží jako vodítka pro zlepšování výkonnosti organizací, jenž usilují o dokonalost. Těmito principy jsou:

1. princip dodávání hodnoty pro zákazníky – organizace potřebuje zákazníky, a proto by měla naplňovat jejich požadavky
2. princip vůdcovství – co nejlepších výsledků zařízení nedosáhne bez vhodných vůdčích osob.
3. princip zapojení lidí – pro zajištění prosperity organizace jsou žádoucí kvalifikovaní zaměstnanci, kteří budou schopní zvládat i ty nejtěžší cíle
4. princip agility – Vedení musí zvládat dynamicky a účinně řešit exténní a interní podněty.
5. princip procesního přístupu – pokud zařízení vše to co dělá, řídí jako procesy, pracuje pak mnohem efektivněji
6. princip prevence – pro organizaci je produktivnější identifikovat možné problémy a řešit je včas nežli poté napravovat následky problémů
7. princip neustálého zlepšování a inovací – rozvoj, inovace a neustále zlepšování jsou zásadní podmínky k upevnění a navýšení výkonnosti organizace
8. princip rozhodování na základě faktů – kompetentní pracovníci ohledně rozhodování, by měli svá rozhodnutí provést na základě analýzy dat a dojít tak o objektivnímu rozhodnutí
9. princip rozvoje partnerství – v rámci snahy o co nejlepší výkon by měla organizace znát a své partnery a pracovat s nimi na dobrých vztazích
10. princip odpovědnosti za udržitelnou budoucnost – organizace je odpovědná do určité míry za životnost společnosti do budoucna
11. princip učení se – tím nejcennějším zdrojem organizace jsou vědomosti lidí.

(Nenadál, 2018)

## **2.2 Management kvality ve zdravotnictví**

Ve zdravotnictví někdy panuje domněnka, že zdravotničtí pracovníci musí být bezchybní a neomylní. Ve skutečnosti je zřejmé, že při takovém počtu pracovníků a různých osob podílejících se na poskytování péče, lze spíše předpokládat existenci možného faktoru lidského pochybení. Ve zdravotnictví jsou jak poskytovateli, tak příjemci lidé a prostředí kde pracují, výkony, které praktikují jsou inklinující k selhání. Ačkoli odborníci i laici často vnímají

zdravotnictví pouze jako poskytovatele lékařské péče založené na důkazech, jeho cíle zahrnují mnohem širší oblast. Zaměřují se také na zajištění bezpečného prostředí, dodržování legislativy a ochranu důstojnosti pacienta. (Žaludek, 2020)

### **2.3 Indikátory kvality**

Indikátor kvality je kvantitativní údaj, který pomáhá sledovat a porovnávat určité jednotky v čase. Není možné sledovat všechny indikátory, a proto si každé zařízení volí konkrétní indikátory kvality samo. Může volit ty nejrizikovější, nejdražší či nově zavedené, ale musí vysvětlit a zdůvodnit, proč zrovna takové spektrum indikátorů kvality bylo vybráno. Důležité je obhájit, proč určité oblasti sledovány nejsou. Aby indikátory kvality plnily svůj význam a byly účinným nástrojem vedoucím ke zvyšování kvality, získané informace musí vést k dalšímu zvyšování kvality. Zařízení by proto mělo informovat, jaká opatření a rozhodnutí byla provedena v reakci na výsledky sledování aktuální kvality. Důležitá je cesta, kterou se tyto informace dostanou k pracovníkům, jichž se data dotýkají. Zdravotnické zařízení si může zvolit jako indikátor kvality například pády pacientů, výskyt dekubitů, infekce vzniklé v souvislosti s invazivními vstupy, výskyt infekcí spojených s poskytováním zdravotní péče, medikační pochybení, záměna pacientů, spokojenost pacientů, zdravotnická dokumentace, nežádoucí události a mnoho dalších. (Plevová, 2012)

Indikátory kvality slouží také k auditní činnosti. Auditní činnost je proces hodnocení kvality a bezpečí organizace. Jedná se o interní hodnocení prováděné osobami, které splnily kvalifikační požadavky na auditory. Požadavky si stanovuje poskytovatel. Auditní činnost je prováděna pravidelně a plánovaně, tedy zaměstnanci jsou předem informováni. (Šupšáková, 2017)

Indikátory kvality představují jednu z metod hodnocení kvality léčby, jejichž hlavní výhodou je dostupnost v databázích a možnost využití pro vědecké analýzy. Slouží k identifikaci klinických výsledků, snížení variability péče a odstranění nesouladu mezi doporučeními založenými na důkazech a reálnou praxí. Nicméně, většina indikátorů v oblasti duševního zdraví nevychází z empirické validace, ale spíše z obecných doporučení, která byla testována v klinických studiích. Další výzkum by proto mohl přispět k lepší validaci jednotlivých ukazatelů kvality. Vzhledem k různorodosti národních i mezinárodních iniciativ existuje rozsáhlý soubor indikátorů, které lze adaptovat na různé účely. Základním předpokladem při nastavování ukazatelů kvality je eliminace rozdílů v rutinní péči a snížení variability v dodržování klinických směrnic. Pro hodnocení kvality je nutné zohlednit regionální specifika



a upravit indikátory tak, aby se zabránilo nespravedlivým srovnáním. Smysluplnost, proveditelnost a užitečnost indikátorů jsou klíčové aspekty při jejich implementaci do praxe. Mnoho ukazatelů vychází z psychiatrických směrnic, avšak jejich efekt na kvalitu péče a výsledky pacientů se může lišit. Pro efektivní implementaci doporučení a zlepšení kvality péče mohou být důležité tři komponenty: průběžná podpora a zpětná vazba odborníků, využití psychologických modelů k překonání bariér při implementaci pokynů a aplikace technik sociálního marketingu k motivaci zdravotnických pracovníků k dodržování směrnic. Kromě klasických metod, jako jsou vzdělávací programy a informační kampaně, se zdá efektivnější zaměření na změnu chování skrze behaviorální intervence. Měření procesů a výsledků zdravotní péče představuje jen jednu z metod hodnocení kvality, která by měla být doplněna o další multidimenzionální přístupy. Efektivní implementace opatření vyžaduje kombinaci vědeckých důkazů, klinických zkušeností a organizační podpory. (Wobrock et al., 2009)

## **2.4 Resortní bezpečnostní cíle**

Resortní bezpečnostní cíle slouží k nastavení lokálních standardů a interní hodnocení sleduje a vyhodnocuje jejich dodržování, pro zajištění bezpečí a kvality poskytované péče. Na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví České republiky (MZČR) se nachází konkrétní výčet Resortních bezpečnostních cílů a k nim i doporučení, jak jich dosáhnout. Resortní bezpečnostní cíle jsou stanoveny do třech okruhů, a to pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče, pro poskytovatele ambulantní péče a pro poskytovatele zdravotnické záchranné služby. Dočteme se o nich ve Věstníku 16/2015 MZČR. Ve zdravotnickém zařízení by mělo jít o zajištění kontinuálního dynamického přístupu pro zvyšování kvality, a ne o snahu získat jen certifikát, k tomu resortní bezpečnostní cíle neslouží. (Žaludek, 2020)

Zde je výčet Rezortních bezpečnostních cílů pro poskytovatele lůžkové a jednodenní péče:

- „RBC1 – Bezpečná identifikace pacientů
- RBC2 – Bezpečnost při používání léčivých přípravků s vyšší mírou rizikovosti
- RBC3 – Prevence záměny pacienta, výkonu a strany při chirurgických výkonech
- RBC4 – Prevence pádů
- RBC5 – Zavedení optimálních postupů hygieny rukou při poskytování zdravotní péče
- RBC6 – Bezpečná komunikace
- RBC7 – Bezpečné předávání pacientů
- RBC8 – Prevence vzniku proleženin/dekubitů u hospitalizovaných pacientů.“

(MZČR, 2021a)

V rámci interního hodnocení zařízení provádí interní audit. Interní hodnocení kvality (IHK) a bezpečnosti zdravotních služeb je systém standardů, který pomáhá poskytovatelům zdravotní péče nastavit a udržovat minimální úroveň kvality a bezpečnosti. Jeho implementace je plně v kompetenci jednotlivých poskytovatelů, kteří na základě interní analýzy identifikují silné a slabé stránky péče a přijímají nápravná opatření. Hlavním principem IHK je pravidelné sebehodnocení, při kterém poskytovatel sám posuzuje kvalitu procesů a nastavuje opatření ke zlepšení. Tento cyklický a objektivní systém je klíčový pro kontinuální zlepšování zdravotní péče. Vyhodnocení probíhá dle interní metodologie poskytovatele, například pomocí třístupňové škály: splněno – požadovaný systém je zaveden, nesplněno – systém není vypracován ani zaveden, nehodnoceno – standard nelze hodnotit z důvodu specifik poskytovatele. IHK tak umožňuje efektivní monitoring a optimalizaci služeb, což vede ke zvýšení bezpečnosti pacientů a zlepšení procesů v organizaci. (MZČR, 2021b)

## **2.5 Akreditační komise a akreditační standardy**

Ve zdravotnickém zařízení vznikají standardy, což jsou doporučené postupy, které mohou být převzaty ze zahraničí například od ISO (International Organization for Standardization) a WHO (World Health Organization). Standardy jsou vytvořeny vlastní činností, vycházející z platné národní legislativy, také vznikají poučením z praxe, výzkumem, zpětnou vazbou od pacientů a pojišťoven. Akreditační standardy jsou důležité a závazné pro zájemce o akreditaci. Tyto standardy nastavují minimální úroveň a požadavky k poskytování kvalitní a bezpečné péče. Řídí se jimi personál, externí spolupracovníci a dodavatelé. První akreditační komisí v České republice byla Spojená akreditační komise (SAK). Hlavní akreditační standardy se zaměřují

na resortní bezpečnostní cíle, práva pacientů, dostupnost a kontinuitu péče, diagnostickou péči, terapeutickou péči, řízení a správa, sledování nežádoucích událostí a další. Standardy slouží i k prevenci rizik v jednotlivých oblastech. (Šupšáková, 2017)

## **2.6 Základní charakteristiky koncepcí systémů managementu kvality**

V České republice se často setkáváme s postojem zaměstnanců, že odpovědnost za kvalitu leží pouze na jedné osobě, která je za její fungování zodpovědná. Je však nezbytné, aby byl systém řízení kvality chápán jako důležitá součást řízení každého zařízení, nikoli jen jako tolerovaný doplněk. (Nenadál, 2016)

### **2.6.1 Koncepce podle norem ISO**

V roce 1974 vznikla Mezinárodní organizace pro standardizaci. Právě tato organizace je známá jako ISO. Jejich aktivita je snad největší ze všech tvůrců a normy mají na vše, tedy i na zdravotnictví. Takové normy jsou podstatné pro zajištění určitého stupně kvality. Normy ISO 9000 jsou aplikovatelné na jakoukoliv lidskou činnost. Její základní principy jsou zaměření na zákazníka a na všechny pracovníky, moderní management, procesně orientovaný přístup, systémový přístup, kontinuální zlepšování, analýzu dat a úsilí o partnerství. Následným zkoumáním, jak je norma dodržována lze zjistit, zda jsou splněny požadavky a je vydáno písemné potvrzení – certifikát. Jenže sama organizace takové zkoumání neprovádí a certifikáty nevydává, k tomu slouží externí hodnotitelé. Externí hodnotitelé ve zdravotnictví mohou být oprávněné osoby dle zákona 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Aktuální externí hodnotitelé jsou k dohledání na stránkách Ministerstva zdravotnictví, které zmocňuje subjekty k provádění hodnocení kvality a bezpečí. (Žaludek, 2020)

Ke dni 6. února 2025 takovými externími hodnotiteli jsou:

- Spojená akreditační komise, o.p.s.
- E-ISO, a.s.
- Česká společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s.r.o.
- T Cert, s.r.o.
- EURO CERT CZ, a.s.
- MUDr. Zdeněk Machálek
- LL-C (Certification) Czech Republic a.s.
- DNV GL Business Assurance Czech Republic s.r.o. (MZČR, 2019)

## 2.7 Management rizik

Řízení rizik ve zdravotnickém zařízení slouží k minimalizaci výskytu nežádoucích jevů a s nimi spojeného negativního dopadu. Řízení rizik se snaží rizika odstraňovat. Zvažuje možný výskyt nežádoucích situací a preventivní opatření. Oproti kontinuálnímu zvyšování kvality management rizik usiluje o jasnou proaktivní strategii, která slouží k ochraně pověsti nemocnice, chrání majetek, a především také hájí zájem a chrání pacienta, zaměstnance před možnými nežádoucími škodami, které by mohly vést k poškození zdraví. Řízení rizik by mělo být rutinní činností v celém systému zdravotnictví a učinit vše proto, aby péče byla nejen kvalitní, ale i bezpečná. Pro sledování a hlášení mimořádných událostí může v zařízení být zřízena funkce „manažera rizik“. Ten vyhodnocuje rizika, předchází jim, a rozvíjí kompletní řídicí činnost. Manažer není odpovědný za vznik rizika ale za to, že pracovníci daného zařízení vnímají potenciální rizika a minimalizují je. V případě vzniku pochybení či nějakého problému, management rizik může využít efektivní nástroje k jejich řešení. Mezi ně patří Analýza stromu poruchových stavů FTA (Fault Tree Analysis), Analýza možných způsobů selhání a jejich důsledků FMEA (Failure Mode and Effects Analysis) a Analýza kořenových příčin RCA (Root Cause Analysis). (Škrla, 2008)

Ve zdravotnictví jsou FMEA a RCA vnímány poměrně jako nové nástroje. FMEA neboli analýza možného výskytu a vlivu vad slouží k určení potenciálních selhání postupů a jejich dalších následků. V rámci týmové spolupráce, systematického a aktivního přístupu jsou identifikovány skutečnosti, kvůli kterým by proces mohl selhat a pohlíží na to, jak zajistit bezpečnější proces. Podstatou je předejít selháním včas a zajistit bezpečnější proces. Na této metodě je nevýhodou časová náročnost a potřebné znalosti. Dalším procesem je RCA sloužící k analýze hlavních primárních příčin, které by mohly být nepříznivé a způsobit tak nežádoucí výsledek. Často se využívá metoda „5x proč“, která tazatele vede k nalezení prvotního problému. K RCA dále patří diagram příčin a následků, vzhledově připomínající rybí kostru. (Latino, 2024)

FTA (Fault Tree Analysis) je nástroj sloužící k analýze a odhalení faktorů, které vedou k mimořádným událostem a dále jaké mohou nastat důsledky. Tento nástroj se označuje jako analýza stromu poruchových stavů. Analýzu lze použít kvalitativně k určení příčin nežádoucí události. Další možností je kalkulovat s pravděpodobností vzniku určité mimořádné události v rámci kvantitativní analýzy. Vzniká tak přehledný grafický rozbor s odůvodněným popisem. Negativně je vnímána pouze binární volba ano, ne a riziko, aby do analýzy byly vloženy všechny souvislosti. (Korecký a Trkovský, 2011)

V managementu kvality a rizik je důležité, aby si jakákoliv organizace stanovila vlastní misi, vizi, strategický cíl a strategické operace. Vlastní misí (motto, krédo) je myšleno ukotvení organizace proč existuje. Vizí organizace ukazuje, kam chce mířit, cílí na zákazníka. Strategickým cílem jsou konkrétní skutečnosti, kterých chce organizace dosáhnout. Strategický cíl nebývá pouze jeden ale více, aby se zaměřily na konkrétní aspekty směrem k různým subjektům (pacient, dodavatel). Aby bylo strategických cílů dosaženo, využijeme strategických operací. Konkrétní strategická operace je vybrána až po strategické analýze. Tou je zjištěna aktuální situace a poté hledání cesty ke splnění strategického cíle. (Žaludek, 2020)

### **2.7.1 Mimořádná událost/nežádoucí událost**

Nežádoucí události jsou incidenty, které mohly poškodit pacienta nebo dokonce poškodili pacienta, ale dalo se jím předejít. Újma pro pacienta může být fyzická, psychická a socioekonomická. Nežádoucí událostí se nevztahuje pouze na pacienty, ale jsou to také situace, které by mohly poškodit zaměstnance zdravotnického zařízení nebo poskytovatele zdravotních služeb. Mezi nežádoucí události patří i neočekávané zhoršení klinického stavu pacienta, pokud má za následek trvalé poškození nebo smrt. K nežádoucím událostem se pojí i pojem „skorochyba“, což je téměř dokonané pochybení – takové pochybení, postup, jenž mohl pacienta poškodit, ale byl včas odhalen a takový postup je nesprávný. (Pokorná et al. 2019)

Nežádoucí události ve zdravotnictví jsou celosvětovým problémem, který ohrožuje pacienty a snižuje kvalitu péče. Dle Světové zdravotnické organizace (WHO) se nežádoucí událost stane u každého desátého pacienta v nemocnici, a až polovině těchto událostí by se dalo předejít. Mezi nejčastější nežádoucí události patří pády pacientů, infekce spojené se zdravotní péčí, chyby v diagnostice a vznik dekubitů. (WHO, 2023)

Jednou z nejčastějších nežádoucích událostí jsou pády pacientů, které se vyskytují s frekvencí 3 až 5 pádů na 1 000 lůžkodnů. Třetina těchto incidentů vede k vážným zraněním, která mohou vyžadovat další zdravotní intervenci. Další zásadní problematikou jsou infekce spojené se zdravotní péčí, které postihují až 7 % pacientů v rozvinutých zemích a 10 % pacientů v rozvojových oblastech. Diagnostické chyby se objevují až u pětiny lékařských vyšetření a dekubity postihují více než desetinu dospělých pacientů, přestože jsou do značné míry preventabilní. Příčiny těchto událostí jsou různorodé, často se jedná o kombinaci lidských chyb a nedostatků v systému. Lidské chyby zahrnují například nesprávné podávání léků nebo špatnou komunikaci. Mezi systémové nedostatky patří nedostatečná kontrola, špatná organizace práce a nedostatek personálu či materiálu. Svou roli hraje i komplexnost zdravotní péče. Prevence

nežádoucích událostí vyžaduje systematický přístup, který zahrnuje zavedení bezpečnostních protokolů, vzdělávání personálu a posilování kultury bezpečí. Důležité je také hlášení a analýza těchto událostí, aby se identifikovala riziková místa a mohla se přijmout opatření. WHO doporučuje sběr dat a implementaci osvědčených postupů. (WHO, 2023)

Kultura bezpečnosti, která se zaměřuje na hodnoty, postoje a chování ve zdravotnických organizacích, je klíčová pro prevenci nežádoucích příhod. Kultura bezpečnosti zahrnuje různé dimenze, jako je efektivní vedení, komunikace, týmová práce a nerepresivní reakce na chyby. Pro zajištění vyšší bezpečnosti pacientů je důležité mít systém, který podporuje otevřené hlášení nežádoucích příhod a přispívá k organizačnímu učení. Kultura bezpečnosti se ukazuje jako klíčová pro zvýšení míry hlášení nežádoucích příhod a zlepšení zdravotní péče. (Abuosi et al., 2022)

### **2.7.1.1 Legislativní rámec a povinnost hlášení**

V České republice je sledování a hlášení nežádoucích událostí ve zdravotnických lůžkových zařízeních upraveno legislativou a metodickými pokyny Ministerstva zdravotnictví.

Podle § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, jsou poskytovatelé zdravotních služeb povinni zavést interní systém hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb, jehož součástí je i sledování a hodnocení nežádoucích událostí. Tato povinnost se vztahuje na všechna lůžková zdravotnická zařízení, včetně psychiatrických nemocnic. (ÚZIS, 2022)

Od 1. ledna 2018 je pro všechny poskytovatele lůžkové zdravotní péče povinné zapojení do centrálního Systému hlášení nežádoucích událostí (SHNU), který spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS ČR). Tento systém slouží k evidenci vzniklých nežádoucích událostí na základě jednotné metodiky: „*Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče*“. (ÚZIS, 2022)

Systém hlášení nežádoucích událostí slouží k identifikaci spojených rizik s poskytováním zdravotních služeb a umožňuje prevenci nežádoucích událostí, jejich rozpoznání, klasifikaci a jednotné posouzení na lokální úrovni. Dále umožňuje sběr těchto údajů na centrální úrovni pro následné vyhodnocení a implementaci preventivních opatření. (ÚZIS, 2022)

Nežádoucí události by měly být hlášeny bezprostředně po jejich zjištění. V případě, že dojde k úmrtí pacienta v souvislosti s NU, je nutné vyplnit formulář odeslat nejpozději do 24 hodin od zjištění této události. V ostatních případech je lhůta pro odeslání formuláře stanovena na tři dny od zjištění NU. (ÚZIS, 2022)

Hlášení nežádoucích událostí se provádí prostřednictvím webového portálu Systém hlášení nežádoucích událostí (SHNU). Poskytovatelé zdravotních služeb jsou povinni vyplnit a odeslat výkaz L (MZ) 3-01 o počtu hlášených nežádoucích událostí, který je následně použit pro centrální hodnocení. Pro zjednodušení tohoto procesu byly připraveny metodické videonávody, které podrobně vysvětlují jednotlivé kroky pro správné vyplnění a odeslání formulářů. (SHNU, 2024)

Mezi konkrétní typy nežádoucích událostí, které je nutné hlásit, patří například dekubity, problémy spojené s dietou a výživou, chyby ve zdravotnické dokumentaci, problémy v chování osob, administrativní chyby v klinických procesech, problémy při klinických výkonech, chyby spojené s medicínou, plyny, přístroji a vybavením, a také chyby v podávání medikace či aplikace roztoků. Tato kategorizace umožňuje detailní sledování výskytu a příčin nežádoucích událostí, což přispívá k její prevenci a zvyšování zdravotní péče. (ÚZIS, 2022)

## **2.8 Spokojenost pacientů s poskytovanou péčí**

Vývoj definic spokojenosti pacientů se odehrával v období od 70. let začátku 21. století. Spokojenost pacienta byla chápána jako reakce pacienta na již poskytnutou péči. Novějším trendem bývá ale pojetí spokojenosti jako dynamického procesu, který se vyvíjí během trvání vztahu mezi pacientem a poskytovatelem péče, proto je vhodné hodnotit péči v průběhu poskytované péče. (Goodrich a Lazenby, 2022)

Průzkumy patientské zkušenosti přispívají k posílení důvěryhodnosti zdravotnické kultury a pomáhají managementu identifikovat silné a slabé stránky poskytované péče. (Haji et al., 2022)

Kvalitní komunikace mezi pacienty a zdravotníky má pozitivní vliv na celkovou spokojenost pacientů. Dobré vztahy s personálem, založené na vzájemném respektu a otevřené komunikaci, vedou k vyšší spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí. (Goodrich a Lazenby, 2022)

Vyhláška 102/2012 Sb., stanovuje standardy pro sledování a vyhodnocování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních. Součástí těchto standardů je i sledování spokojenosti

pacientů, což naznačuje, že patientská nespokojenost může být považována za indikátor nežádoucí události. (Česko, 2012)

### **2.8.1 Hodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí**

Hodnocení spokojenosti pacientů je náročným úkolem, který obsahuje mnoho prvků k posouzení. Mezi nejvíce používaná kritéria spokojenosti lze zařadit charakteristika lékaře, čekací doba, lékařská péče, poskytnuté informace, charakteristiky personálu, charakteristika sester, komunikace s pacientem, ošetrovatelská péče, charakteristika nemocnice, ubytování, čistota. Podstatným ukazatelem je ochota vrátit se nebo dané zařízení doporučit přátelům či rodině. K proměnným prvkům, které se nejčastěji využívají, patří charakteristiky pacienta, věk pacienta, edukace pacienta, vnímaný zdravotní stav pacienta a k důležitým proměnným, které mají velký vliv lze zařadit vzdělání pacienta – kdy méně vzdělaní lidé bývají více spokojeni se zdravotními službami. (Ferreira et al., 2023)

Hodnocení spokojenosti pacientů v psychiatrických zařízeních je klíčové pro zlepšení kvality péče. Jednou z osvědčených metod je Menninger Quality of Care (MQOC), dotazník vyvinutý The Menninger Clinic v USA. Tento nástroj se zaměřuje na aspekty léčby, jako je komunikace s personálem, porozumění diagnóze, zapojení rodiny do péče, bezpečí v průběhu hospitalizace a příprava na propuštění. Dotazník umožňuje pacientům hodnotit nejen kvalitu komunikace s léčebným týmem, ale i jejich vlastní zapojení do léčby a plánování následné péče. Dalšími metodami měření spokojenosti jsou standardizované dotazníky, například Client Satisfaction Questionnaire (CSQ-8) nebo Patient Satisfaction Questionnaire (PSQ), které se používají v různých zdravotnických zařízeních. Tyto nástroje sledují velmi obecné faktory spokojenosti, jako je dostupnost služeb, kvalita péče a vztah s poskytovateli. Kromě kvantitativních metod lze využít i kvalitativní přístupy, například polostrukturované rozhovory a focus groups, které umožňují hlubší pochopení zkušeností pacientů. (Boyer et al., 2009)

Studie publikovaná v BMC Health Services Research zkoumala vliv spokojenosti s komunikací mezi lékařem a pacientem na vlastní péči a dodržování léčby u pacientů s hypertenzí. K hodnocení spokojenosti s komunikací mezi lékařem a pacientem použit nástroj Communication Assessment Tool (CAT). Tento dotazník hodnotí různé aspekty komunikace lékaře, například srozumitelnost informací, schopnost naslouchat, respekt k pacientovi nebo zapojení pacienta do rozhodování. Celkem obsahuje 15 položek, které pacienti hodnotí na základě pětibodové Likertovy škály (od výborné až po špatné). Výsledky ukázaly, že vyšší spokojenost s komunikací byla spojena s lepší adherencí k léčbě a efektivnější vlastní péčí. Tyto



poznatky naznačují, že kvalitní komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacienty může pozitivně ovlivnit výsledky léčby. Ačkoli se tato studie zaměřila na pacienty s hypertenzí, zdůrazňuje význam efektivní komunikace v léčebném procesu, což je relevantní i pro psychiatrická zařízení. (Świątoniowska-Lonc et al., 2020)

### **2.8.2 Hodnocení spokojenosti s poskytovanou zdravotní péčí v České republice**

V České republice je povinnost sledovat a vyhodnocovat spokojenost pacientů legislativně zakotvena pro poskytovatele lůžkové zdravotní péče. Tato povinnost vychází z § 47 odst. 3 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, a je specifikována ve vyhlášce č. 102/2012 Sb., která stanovuje standardy kvality a bezpečí. Konkrétně standard 1.3 této vyhlášky ukládá poskytovatelům povinnost sledovat spokojenost pacientů v oblastech, jako jsou podmínky pobytu, přístup zdravotnického personálu a poskytování informací o zdravotním stavu. Na základě výsledků hodnocení je vyžadováno přijímání opatření ke zlepšení. (Česko, 2012)

Pro zajištění jednotného přístupu bylo Ministerstvem zdravotnictví ČR v roce 2020 zahájeno Národní hodnocení spokojenosti pacientů (NHSP). Tento projekt, který byl původně spuštěn pilotně s několika poskytovateli, je od roku 2021 otevřen všem poskytovatelům lůžkové péče. Cílem NHSP je standardizovat metodiku a nástroje pro systematické hodnocení zkušeností hospitalizovaných pacientů. (MZČR, 2021)

Kromě NHSP existují i další iniciativy zaměřené na hodnocení spokojenosti pacientů, například online aplikace spuštěná v roce 2015 pro hodnocení ambulantní péče. (MZČR, 2015)

Projekt „Kvalita očima pacientů“ (KOP) je národní iniciativa zaměřená na měření kvality zdravotní péče prostřednictvím zkušeností hospitalizovaných a ambulantních pacientů. Hlavním nástrojem je standardizovaný dotazník, který hodnotí osm klíčových oblastí kvality péče, včetně přijetí do nemocnice, respektu a úcty k pacientovi, koordinace péče, informovanosti, tělesného pohodlí, citové podpory, zapojení rodiny a propuštění z péče. Vznik projektu souvisí s implementací programu WHO „Zdraví 21“ a snahou o zvyšování kvality péče v ČR. Metodika byla vytvořena ve spolupráci s MZČR a Sdružením fakultních nemocnic. Data zpracovává agentura STEM/MARK pod vedením RNDr. Tomáše Raitera. Cílem projektu je získat statisticky validní zpětnou vazbu od pacientů, která slouží ke srovnání kvality mezi zařízeními a k podpoře informované volby poskytovatele. Projekt přispívá k transparentnosti systému a zlepšování péče na národní úrovni. (Raiter, 2010)

### **2.8.3 Faktory ovlivňující spokojenost pacientů**

Spokojenost pacientů je ovlivněna velkou škálou faktorů, které lze rozdělit do několika klíčových oblastí. Mezi nejdůležitější patří kvalita lékařské a ošetrovatelské péče, komunikace mezi zdravotnickým personálem a pacientem a naplnění očekávání pacienta. Kvalita lékařské a ošetrovatelské péče je pro spokojenost pacienta klíčová. Důležitým aspektem je i čas, který lékař pacientovi věnuje, neboť délka vyšetření či konzultace ovlivňuje vnímání kvality péče a celkový komfort pacienta. Neméně důležitý je postoj a profesionalita lékaře, srozumitelnost poskytovaných informací a možnost pacienta aktivně se podílet na rozhodování o své léčbě. Kromě kvality péče a komunikace hrají významnou roli i organizační faktory, jako jsou čekací doby, proces přijetí a propuštění pacienta a celková organizace zdravotnického zařízení. Prostředí, ve kterém je péče poskytována, včetně čistoty, soukromí a ubytovacích podmínek, má rovněž vliv na spokojenost pacienta. V neposlední řadě je třeba zmínit demografické faktory, jako je věk či vnímaný zdravotní stav pacienta. Tyto faktory mohou ovlivnit nejen celkovou spokojenost, ale i ochotu pacienta doporučit dané zdravotnické zařízení dalším lidem. Zajištění vysoké úrovně spokojenosti pacientů je tedy komplexním úkolem, který vyžaduje kvalitní zdravotní péči, efektivní komunikaci a organizační opatření, která zajistí pacientům pohodlí a bezpečí. (Ferreira et al., 2023)

## **3 PSYCHIATRIE**

Tato kapitola se věnuje problematice psychiatrické péče, zejména z hlediska kvality, bezpečnosti a moderních přístupů k léčbě. První část se zaměřuje na význam řízení kvality a rizik v současné péči. Následuje část o závislostech, jejich příčinách a projevech. Poslední část se věnuje ochrannému léčení, jeho legislativnímu ukotvení, praktickému provedení a aktuálním problémům včetně výskytu nežádoucích událostí.

### **3.1 Management kvality v psychiatrické péči**

Z hlediska historie bylo k osobám duševně nemocným a k duševním poruchám přístupováno vyčleňujícím postojem anebo naopak podpora začlenění do společnosti. Tyto dvě kombinace se vyskytují dodnes a dle vývoje lidstva různě dominují. V období 19. a 20. století docházelo ke zřizování psychiatrických ústavů. Mnoho nehumánních přístupů bylo novodobou praxí zamítnuto a rozvíjela se psychodynamická psychoterapie. Nešťastné zesílení stigmatu psychiatrie bylo v období 2. světové války, kdy docházelo k usmrcování duševně nemocných osob. Následně díky rozvoji techniky a společenským rozvojem, došlo ve 20. letech k rozvoji psychiatrie a podpora bio-psycho-sociálního přístupu ke všem osobám. Prvním medikamentem

pro psychiatrii byl chlorpromazin roku 1952 ve Francii. Historicky prochází psychiatrie pokroky, ale doposud je určité stigma spojené s psychiatrickou péčí a duševními nemocemi. (Raboch et al., 2012)

Management kvality v oblasti psychiatrické péče je klíčovým faktorem pro zajištění bezpečnosti pacientů, efektivity léčebných procesů a celkové spokojenosti jak pacientů, tak zdravotnického personálu. Tento koncept se opírá o zavedené metody, jako jsou Total Quality Management (TQM) nebo model excelence EFQM (European Foundation for Quality Management), které umožňují optimalizaci procesů a zlepšení výsledků poskytované péče. Model EFQM, který se objevil v roce 1991, se stal klíčovým nástrojem pro sebehodnocení organizací a umožňuje hodnotit kvalitu poskytovaných služeb na základě devíti kritérií. EFQM je model, který podporuje excelenci prostřednictvím neustálého zlepšování organizace. Mezi kritéria modelu excelence patří vedení, politika a strategie, pracovníci, partnerství a zdroje, procesy, výsledky vzhledem k zákazníkovi, výsledky směrem k zaměstnancům, výsledky vzhledem ke společnosti a klíčové výsledky výkonnosti. Jeho implementace v psychiatrických nemocnicích zahrnuje: leadership – prosazování mise, vize a hodnot v souladu se strategií zařízení, lidské zdroje – kontinuální vzdělávání personálu a zajištění bezpečnosti zaměstnanců, procesy – standardizace postupů přijetí pacienta a eliminace duplicitních procesů, výsledky – sledování spokojenosti pacientů, kvality péče a efektivity léčebných metod. Adaptace EFQM na psychiatrických odděleních pomáhá zlepšit komunikaci mezi personálem, pacienty a rodinnými příslušníky, což vede ke zvýšení důvěry ve zdravotnický systém. Řízení rizik v psychiatrické péči se zaměřuje na tři klíčové oblasti. Rizika spojená s násilným a sebepoškozujícím chováním – prevence násilného chování a suicidalitu. Rizika spojená s léčbou a procesy – eliminace nežádoucích účinků léčby a chyb v medikaci. Rizika související s duševními poruchami – např. zanedbávání sebeobsluhy nebo přidružená somatická onemocnění. Efektivní řízení klinických rizik vyžaduje multidisciplinární přístup a zapojení všech pracovníků organizace. To zahrnuje implementaci prediktivních škál pro hodnocení rizik, analýzu příčin nežádoucích událostí a pravidelné vzdělávání personálu. Management kvality v psychiatrické péči je nezbytný pro zajištění efektivity a bezpečnosti zdravotnických služeb. Důležitým aspektem je také řízení rizik, které napomáhá identifikovat a eliminovat faktory ohrožující pacienty i personál. Neustálé zlepšování kvality psychiatrické péče je klíčové pro udržitelný rozvoj zdravotnických služeb a dosažení optimálních výsledků léčby. (Žaludek 2020)

## 3.2 Závislost

Závislost představuje stav, kdy jedinec pocítuje neodolatelnou potřebu neustále vykonávat určitou činnost nebo užívat specifickou látku, což postupně omezuje jeho schopnost racionálně posuzovat přínosy a rizika takového chování. Tento stav může vést k významným zdravotním komplikacím a rušení sociálních vztahů. Závislost se nemusí týkat pouze látek, jako jsou alkohol, nikotin či nelegální drogy, ale může se projevit i v podobě nadměrného hraní hazardních her, kompulzivního nakupování nebo závislosti na internetu a sociálních sítích. Prevence závislostí by měla začínat již v raném věku, kdy je důležité podporovat zdravé sebevědomí a nabízet smysluplné způsoby trávení volného času. Rozpoznání příznaků závislosti u sebe či blízkých je klíčové pro včasné vyhledání odborné pomoci. Je důležité, aby osoba přijala podporu odborníků a nelze spoléhat na vlastní sílu. Odsuzování osoby bojující se závislostí je nevhodné, protože stigma spojené s tímto problémem může vést k oddálení vyhledání pomoci a prohloubení potíží. Závislost je komplexní problém, který nelze redukovat na otázku vůle či morálního selhání. Jde o onemocnění s biologickými, psychologickými a sociálními aspekty, které vyžaduje komplexní přístup k léčbě a podpoře jedince. (NZIP, 2021)

Druh užívané návykové látky ovlivňuje biochemické procesy v organismu. Závislost nelze vnímat pouze jako psychický a sociální fenomén, její podstata spočívá v narušení biologických regulačních mechanismů. Látky označované jako drogy vykazují specifické vlastnosti, zejména psychotropní účinky a potenciál vzniku závislosti. Pravidelné a dlouhodobé užívání těchto látek může vést ke ztrátě kontroly nad jejich konzumací. Psychotropní účinek drog způsobuje změny ve vnímání reality a ovlivňuje prožívání jedince. Drogy se zpravidla dělí do dvou kategorií: podle účinku na psychiku a podle míry rizikovosti, tedy na tzv. měkké a tvrdé drogy. Podle účinku na psychiku lze rozlišit tři základní skupiny: Tlumivé látky – zpomalují psychomotorické tempo a celkově snižují aktivitu nervové soustavy. Stimulancia – urychlují myšlení, snižují pocit únavy a zvyšují motorickou aktivitu. Halucinogeny – výrazně ovlivňují vnímání reality a mohou vyvolávat stavy podobné schizofrenním psychózám. Tato klasifikace je klíčová pro pochopení mechanismů působení návykových látek a jejich dopadu na lidský organismus i psychiku. (Kalina, 2015)

Nestler (2025) uvádí, že riziko závislosti jednotlivce závisí na vzájemné interakci genetiky a prostředí a že pouze malý počet chemických látek má schopnost ovlivnit tuto zranitelnost a vyvolat závislost. Opakované vystavení těmto látkám způsobuje závislost prostřednictvím opakované aktivace dopaminergního přenosu (a dalších mechanismů) v mozku, což vede ke změnám v celém limbickém systému. Některé změny jsou společné pro

všechny návykové látky, zatímco jiné jsou specifické pro určité třídy drog – a o tom, jak tyto adaptace vedou k celé řadě behaviorálních abnormalit, které definují stav závislosti. I přes tyto výzvy existuje důvod k optimismu, protože bohaté biologické pochopení závislosti může přispět k lepším léčebným metodám pro mnoho lidí postižených touto nemocí po celém světě. (Nestler, 2025)

Podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) je syndrom závislosti definován jako soubor behaviorálních, kognitivních a fyziologických fenoménů, které se vyvíjejí po opakovaném užití látky. Mezi hlavní příznaky patří:

- silné přání nebo nutkání užít látku,
- potíže v kontrole užívání látky, pokud jde o začátek, ukončení nebo množství,
- pokračování v užívání navzdory jasným škodlivým následkům,
- upřednostňování užívání látky před jinými aktivitami a závazky,
- zvýšená tolerance k účinkům látky,
- výskyt odvykacích příznaků při vysazení nebo snížení dávky. (WHO, 2024)

Léčba závislosti obvykle zahrnuje kombinaci psychoterapeutických přístupů, farmakoterapie a sociální podpory. Klíčovým prvkem je motivace pacienta ke změně aktivní spolupráce na procesu zotavení. Terapie může probíhat individuálně nebo skupinově, přičemž jedním z efektivních přístupů je kognitivně-behaviorální terapie, která pomáhá rozpoznat a změnit vzorce chování. (NZIP, 2021)

Důležitou součástí léčby je také prevence relapsu, tedy návratu k užívání návykových látek nebo problematického chování. To zahrnuje identifikaci spouštěčů, osvojení si strategií zvládání stresu a budování zdravého životního stylu. Podpora rodiny a blízkých zásadní roli, protože pozitivní sociální vazby mohou výrazně přispět k dlouhodobému udržení abstinence. (NZIP, 2021)

V České republice se léčba závislostí dlouhodobě opírala o apolinářský model, který byl založen na přísné kontrole pacientů, pevně strukturovaném režimu a hierarchickém uspořádání terapeutického prostředí. Tento systém zahrnoval sankční mechanismy, paušální přístup ke všem pacientům a omezování kontaktu s jejich přirozeným sociálním prostředím. Ačkoli měl v minulosti své opodstatnění, postupně se ukázalo, že nespĺňuje potřeby moderního pacienta a neodpovídá současným společenským hodnotám. V reakci na tyto limity se rozvíjí

přístup „terapie bez moci“, který se zaměřuje na respektování autonomie pacienta, jeho odpovědnosti za vlastní léčbu a minimalizaci direktivních opatření. Místo sankcí a rigidních pravidel se klade důraz na individuální přístup, flexibilitu terapeutických programů a podporu sociálních vazeb. Tím se vytváří bezpečné a respektující prostředí, kde pacient může autenticky sdílet své problémy a aktivně se podílet na své léčbě. Tento posun reflektuje nejen vývoj medicíny, ale i širší společenské změny – od paternalistického modelu péče k partnerskému přístupu, který zvyšuje efektivitu léčby a pomáhá pacientům lépe zvládnout návrat do běžného života. (Dvořáček, 2020)

Dle Souhrnné zprávy o závislostech v ČR 2023, která byla vydána v květnu 2024, je ročně léčeno pro závislost na alkoholu přibližně 25–35 tisíc osob. Z tohoto počtu je největší část, cca 27 tisíc osob, v kontaktu s psychiatrickými zařízeními, přičemž 20–23 tisíc osob je léčeno ambulantně a 7 tisíc v lůžkové péči. Dále je v léčbě v souvislosti s problematickým užíváním psychoaktivních léků ročně přibližně 2,5 tisíce osob. Uživatelé nelegálních drog tvoří další skupinu, kdy v psychiatrických ambulancích je ročně léčeno odhadem 13–15 tisíc uživatelů nelegálních drog a v lůžkových zařízeních přibližně 5 tisíc osob. (Národní monitorovací středisko pro drogy a závislosti, 2024)

Podle Ročenky psychiatrie vydané Ústavem zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) za rok 2022 bylo s diagnózou F10 (poruchy způsobené užíváním alkoholu) léčeno celkem 19 273 osob. Nejpočetnější skupinu tvořily osoby ve věku 40–49 let, přičemž z celkového počtu pacientů bylo 12 492 mužů a 6 780 žen. V případě diagnóz F11–F19 (poruchy způsobené užíváním psychoaktivních látek) bylo v roce 2022 léčeno 12 058 osob. Nejčastěji se jednalo o pacienty ve věku 30–39 let, z toho 8 055 mužů a 4 003 žen. Mezi lety 2010 a 2022 došlo v České republice k nárůstu počtu lůžek dlouhodobé péče pro pacienty s návykovými nemocemi o 18 lůžek. Naopak v jiných oborech, jako je gerontopsychiatrie a obecná psychiatrie, byl zaznamenán klesající trend v počtu lůžek. Je důležité poznamenat, že dostupné statistiky neposkytují přesné údaje o počtu osob, kterým bylo uloženo ochranné ústavní léčení protialkoholní nebo protitoxikomanické. (Bartůněk, 2022)

### 3.3 Ochranné léčení

V České republice je ochranné léčení definováno a upraveno zákony, a to:

Trestním zákoníkem č. 40/2009 Sb., Trestní řád zákon č. 141/1961 Sb., Zákon o soudnictví ve věcech mládeže č. 218/2003 Sb., Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb., Zákon o specifických zdravotních službách č. 373/2011 Sb. Dále vyhláška Ministerstva spravedlnosti č. 37/1992 Sb., Jednací řád soudů, řada dalších legislativní pramenů zmiňuje ochranné léčení, například jimi jsou Kancelářský řád pro okresní, krajské a vrchní soudy, Zákon o výkonu trestu, Zákon o Probační a mediační službě, Zákon o veřejném zdravotním pojištění, Zákon o ochraně zdraví před škodlivými účinky návykových látek, Občanský zákoník, Zákon o výkonu zabezpečovací detence, Zákon o obětech trestných činů. (Švarc et al., 2018)

Dle § 40 odst. 2 zákona č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník, může být pachateli trestného činu uloženo ochranné léčení, a přihlédnuto ke stavu snížené přičetnosti. Ochranné léčení je blíže specifikováno v § 99 zmiňovaného zákona, a to tak, že osoba, která je pro nepřičetnost zbavena trestní odpovědnosti a je její pobyt na svobodě nebezpečný, soud určí ochranné léčení. Takové léčení je uloženo, když osoba spáchala trestný čin kvůli duševnímu onemocnění a pobyt takové osoby na svobodě je nebezpečný. Také pachatel, jenž užívá návykovou látku a dopustil se trestného činu pod vlivem návykové látky, může dostat ochranné léčení. Ovšem pokud je zřejmé, že ochranné léčení u osoby nesplní účel, soud jej neuloží. Takovéto ochranné léčení může být uloženo současně s trestem nebo i při odpuštění potrestání. Poté soud rozhodne o uložení ochranného léčení ambulantního či ústavního. A to podle charakteru onemocnění a dostupných možností léčby. Může nastat i situace, kdy pachatel dostane trest odnětí svobody, a tak na ochranné léčení nastoupí po výkonu trestu odnětí svobody. Osoba s nařízeným ochranným léčením plní toto rozhodnutí soudu dva roky, poté musí soud případně dobu prodloužit nebo může dojít k přeměně z ústavního léčení a ambulantní léčení. V zásadě je ochranné ústavní léčení tak dlouhé, dokud má svůj smysl, ale prodlužuje se po dvou letech. Jsou i případy, kdy dojde ke změně z ústavního léčení na zabezpečovací detenci. K takovému rozhodnutí dochází, pokud ochranné ústavní léčení svůj smysl neplní a není postaráno o potřebnou ochranu komunity. Pachatel se dopouští nedovoleného opuštění zařízení – útěku, je agresivní vůči poskytovatelům péče ve zdravotnickém zařízení či k ostatním osobám, které si také plní výkon ochranného léčení. Ve chvíli, kdy znovu dojde k odmítnutí vyšetřovacích nebo léčebných výkonů, může soud ústavní léčení přeměnit na zabezpečovací detenci. (Česko, 2009)

Ochranné léčení je opatřením, které má ochranný charakter. Společně se zabezpečovací detencí, zabráním věci či části majetku a ochrannou výchovou. Pokud je uložena zabezpečovací detence, není již možné nařídit současně ochranné léčení. (Česko 2009, TZ § 98)

Rozlišujeme ochranné léčení psychiatrické, sexuologické, protialkoholní a protitoxikomanické. Tyto druhy mohou být i společně kombinované. (Pavlovský, 2012)

Za zmínku stojí nepřičetnost, tento pojem je § 26 zákona č. 40/2009 Sb. trestní zákoník, vysvětlován takto:

*„Kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu nemohl rozpoznat jeho protiprávnost nebo ovládat své jednání, není za tento čin trestně odpovědný.“* (Česko, 2009)

### **3.3.1 Proces ústavního ochranného léčení**

Proces ochranného léčení má několik fází. V první řadě je ochranné léčení uloženo dle legislativních norem již v této práci zmíněných. Dále má soud povinnost před výkonem ústavního ochranného léčení uložit pachateli rozhodnutí rozsudkem nebo usnesením a také jej nařizuje nařízením poskytovateli zdravotní péče. Dle tzv. spádových oblastní, které nekopírují aktuální samosprávné celky, je příslušné nemocnici nařízen výkon ochranného léčení ústavního. Soud k nařízení přikládá znalecký posudek a rozhodnutí o uložení ústavního ochranného léčení – rozsudek nebo usnesení. (Páv a Švarc, 2018)

Poskytovatel po obdržení nařízení eviduje pacienta, aby při přijetí pacienta bylo zřejmé, že má nařízené ochranné léčení ústavní, pro které tedy musí být přijat. Soudy nepracují s rodnými čísly, záleží tedy na zdravotnickém zařízení, jakým způsobem si pacienty eviduje, to by mělo být dáno interními směrnicimi zařízení. Zdravotnické zařízení informuje soud o termínu nástupu pacienta a případně pokud se pacient v den nástupu nedostaví, je taková skutečnost soudu hlášena. Dále zařízení hlásí započetí ochranného léčení. Poskytovateli služeb je uložena povinnost informovat pacienta o jeho právech a povinnostech, také o předpokládané době léčení, a i o možnosti změny formy, současně seznamuje pacienta s vnitřním řádem a individuálním léčebným postupem, vše prokazatelně – podpisem. Pacientův přístup a dodržování individuálního léčebného plánu je zapotřebí pro schvalování propustek, návštěv, telefonních hovorů, korespondence a případného uvalení sankcí za jeho porušení, převedení na zabezpečovací detenci, nebo zahájení trestního řízení za porušení úředního rozhodnutí. Individuální léčebný plán je při přijetí do ústavní léčby obvykle formální, ale může být postupně upřesňován a přizpůsobován konkrétním potřebám pacienta. (Páv a Švarc, 2018)



Povinnost poskytovatele je vést evidence o propustkách, vycházkách a aktivitách mimo oddělení. Takové záznamy musí obsahovat datum a čas odchodu i návratu, stejně jako identifikaci pracovníka, který záznam prováděl. Osobní věci pacientů podléhají pravidelným kontrolám, jejich výsledky jsou zaznamenávány ve zdravotnické dokumentaci. Prováděny jsou namátkové odběry moči na přítomnost návykových látek a kontrola dechu na alkohol, především po vycházkách a propustkách; výsledky těchto testů jsou zaznamenány ve zdravotnické dokumentaci. Při odchodu a návratu pacienta z oddělení je kontrolováno, co pacient odnáší nebo donáší. Návštěvy jsou organizovány tak, aby nedošlo k přenosu zakázaných předmětů. Případné větrání oddělení probíhá tak, aby se minimalizovalo riziko nelegálního opuštění oddělení. (Švarc et al., 2018)

### **3.3.2 Ochranné ústavní léčení a nežádoucí události**

Tisková zpráva ombudsmana z 21. listopadu 2019 upozorňuje, že ochranné léčení v České republice se i po několika letech potýká se systémovými problémy, které zvyšují riziko vzniku nežádoucích událostí u hospitalizovaných pacientů. Přestože Ministerstvo zdravotnictví opakovaně přislíbilo reformu této oblasti, koncepční rámec stále chybí a stávající legislativa neposkytuje dostatečné záruky pro bezpečný a účelný průběh ochranného léčení. Reformní snahy v oblasti psychiatrické péče se této problematice dotýkají pouze okrajově, což vede k nejasnostem ohledně budoucího fungování psychiatrických nemocnic a zvyšuje riziko nedostatečného zajištění bezpečnosti pacientů i personálu. Pacienti s agresivním chováním nebo s rizikem recidivy jsou často hospitalizováni na běžných odděleních, což může představovat ohrožení pro ostatní hospitalizované osoby i zdravotnický personál. Dalším problémem je neexistence jednotných standardů pro hodnocení účinnosti ochranného léčení a posuzování nebezpečnosti pacientů. Systémová selhání se projevují také v chybějící koordinaci mezi zdravotnictvím a vězeňstvím. Ochranné léčení je často realizováno až po výkonu trestu odnětí svobody, což snižuje jeho účinnost a zvyšuje riziko recidivy. Motivace pacientů k léčbě po pobytu ve vězení je nižší a jejich přechod do nemocnic může být problematický. Neexistují ani jasná pravidla pro přerušení ochranného léčení v případě nutnosti jiné specializované lékařské péče nebo pro přemístění pacientů mezi zařízeními, pokud dojde ke konfliktu s terapeutickým týmem. Zajištění bezpečnosti na odděleních ochranného léčení je jedním z největších problémů. Chybějící předpisy pro zabezpečení venkovního prostoru a uzavřených oddělení vedou k rozdílným přístupům jednotlivých nemocnic. Poskytovatelé zdravotní péče nemají finanční prostředky na systematické posílení bezpečnostních opatření, což znamená, že úroveň zabezpečení se odvíjí od jejich aktuálních

rozpočtových možností. Nedostatečný počet mužského personálu v nemocnicích navíc komplikuje zvládání agresivního chování některých pacientů, což v krajních případech vede k nutnosti zásahu policie. Celkově lze konstatovat, že současná podoba ochranného léčení nenaplňuje svůj původní účel a místo efektivní léčby se často zužuje na pouhou detenci. Nedostatečná kapacita, chybějící metodické vedení a nejasněná legislativní pravidla zvyšují riziko nežádoucích událostí, které mohou mít vážné důsledky jak pro pacienty, tak pro personál psychiatrických zařízení. Ochranné léčení vyžaduje urychlené legislativní změny, zpracování jasné koncepce a posílení financování, aby bylo možné zajistit jeho bezpečnost, efektivitu a respektování práv hospitalizovaných osob. (Ombudsman, 2019)

Výzkumná zpráva Zranitelné skupiny lidí v ochranném léčení 2024 se věnuje otázce důvodů pro uložení ochranného léčení. Zdůrazňuje, že u některých pacientů může být ústavní léčba nepřiměřeně dlouhá, přestože její přínosy nejsou dostatečně prokázány. Tento problém se týká zejména pacientů s problematickými sociálními podmínkami, kteří zůstávají v ústavní péči déle, než by bylo nutné, kvůli nedostatku dostupných komunitních služeb. V oblasti nežádoucích událostí zpráva poukazuje na souvislost mezi systémovými nedostatky a zvýšeným výskytem bezpečnostních incidentů. Nedostatečný počet personálu, absence speciálních terapeutických programů a chybějící jasná pravidla pro používání omezovacích prostředků vedou k situacím, kdy jsou pacienti vystaveni nadměrným omezením nebo naopak ponecháni bez dostatečné ochrany. V oblasti protialkoholního a protitoxikomanického ochranného léčení zpráva zdůrazňuje, že současná praxe často neodpovídá moderním poznatkům o léčbě závislostí. Chybí programy zaměřené na dlouhodobou abstinenci a reintegraci pacientů do společnosti. Omezený přístup k následné péči, včetně komunitních center a podpůrných programů, vede k vysoké míře recidivy. (Kancelář veřejného ochránce práv, 2024)

## VÝZKUMNÁ ČÁST

Výzkumná část této diplomové práce se zaměřuje na hodnocení kvality péče v psychiatrické nemocnici, a to prostřednictvím dvou hlavních okruhů – analýzy spokojenosti pacientů a analýzy nežádoucích událostí. Tato oblast výzkumu je důležitá nejen z hlediska zajištění bezpečnosti pacientů, ale také pro neustálé zlepšování managementu kvality v psychiatrické péči.

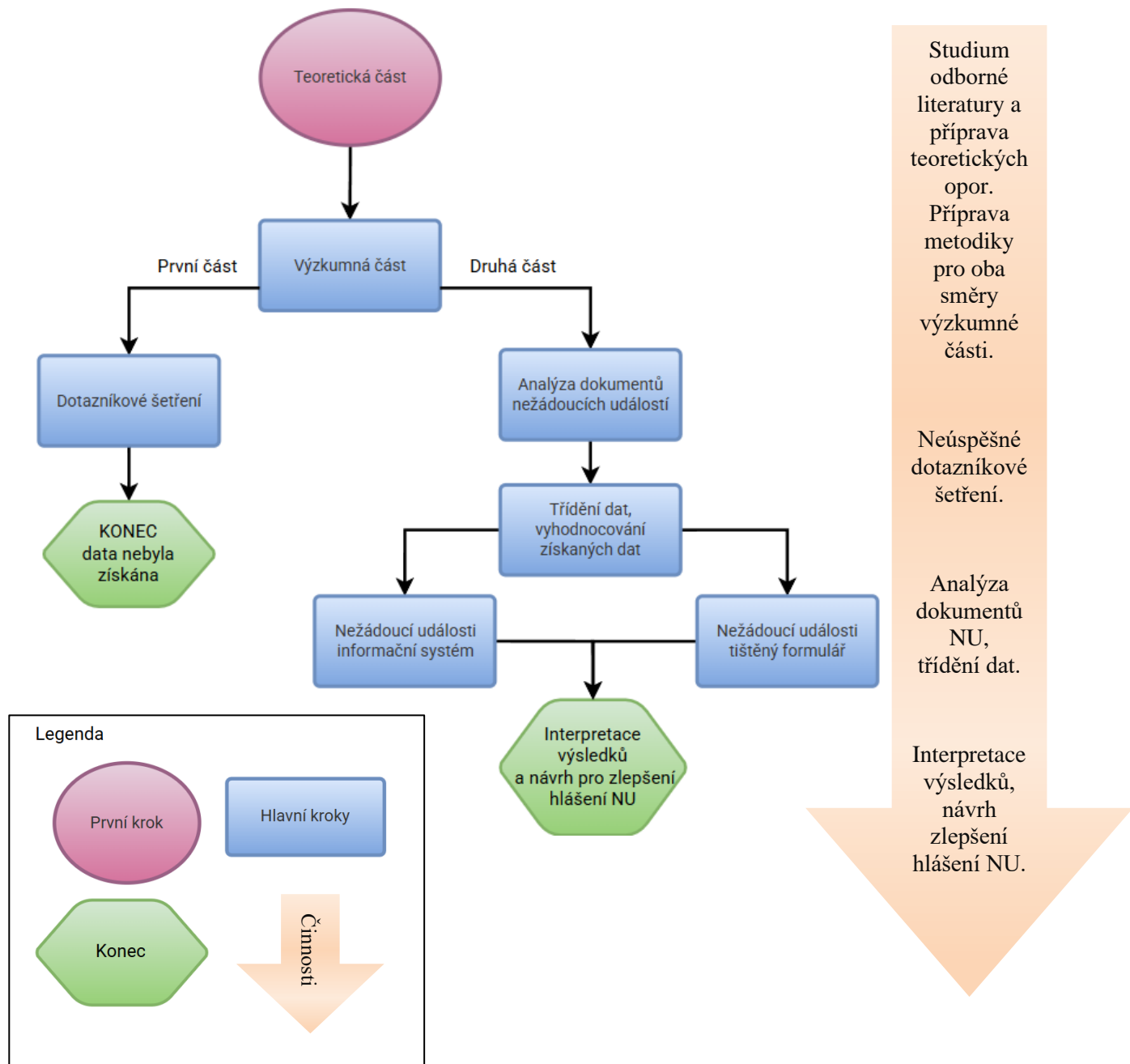
Cílem výzkumu je zjistit úroveň spokojenosti pacientů hospitalizovaných v psychiatrické nemocnici, zejména na odděleních specializovaných na léčbu závislostí. Spokojenost pacientů představuje důležitý ukazatel kvality poskytované péče, přičemž její nízká úroveň může signalizovat nejen subjektivní nespokojenost pacientů, ale i možné systémové nedostatky v organizaci poskytované zdravotní péče.

Další cíl výzkumu se soustředí na analýzu nežádoucích událostí v nemocnici za roky 2023 a 2024. Hlavním záměrem je nejen identifikovat nejčastější typy těchto událostí, ale také porovnat jejich výskyt v jednotlivých letech, analyzovat faktory, které k nim vedou, a navrhnout opatření ke zlepšení jejich hlášení a prevence.

Výzkumný problém vychází z obecné potřeby zvyšování kvality psychiatrické péče, která je často konfrontována s výzvami v oblasti bezpečnosti pacientů, efektivity hlášení rizik a zlepšování terapeutického prostředí. Nežádoucí události v psychiatrických zařízeních mohou mít závažné důsledky jak pro pacienty, tak pro zdravotnický personál, a proto je jejich analýza klíčová pro identifikaci rizikových faktorů a implementaci preventivních strategií. Spokojenost pacientů pak reflektuje nejen kvalitu poskytovaných služeb, ale také celkovou atmosféru a míru důvěry ve zdravotnický systém.

Tento výzkum je prováděn s cílem poskytnout konkrétní doporučení, která mohou vést ke zlepšení kvality péče v daném zařízení. Získaná data mohou být využita k optimalizaci interních procesů, zvýšení efektivity hlášení nežádoucích událostí a zlepšení přístupu k pacientům. V neposlední řadě výzkum přispívá k širší diskuzi o kvalitě psychiatrické péče a jejím dalším rozvoji v kontextu českého zdravotnictví.

Sestavený vývojový diagram znázorňuje strukturu výzkumné části. První část výzkumu se zaměřuje na zjištění úrovně spokojenosti pacientů hospitalizovaných v psychiatrické nemocnici, zatímco druhá část analyzuje výskyt nežádoucích událostí v letech 2023 a 2024.



**Obrázek 1:** Vývojový diagram postup tvorby diplomové práce

## **4 METODIKA**

Tato kapitola představuje metodiku výzkumné části práce. Nejprve bude popsán postup hodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí, který tvoří první část výzkumu. Následně bude uvedena metodika druhé části výzkumu, jejímž cílem je analyzovat výskyt a charakteristiku nežádoucích událostí.

### **4.1 Metodika první části**

V této kapitole je popsána metodika, která byla použita k provedení kvantitativního výzkumu, který umožní systematický sběr a analýzu dat ohledně spokojenosti pacientů. Pro realizaci byla zvolena metodika dotazování pomocí anonymního dotazníku. Dotazníky byly rozdány v psychiatrické nemocnici na dvou oddělení. Nemocnice a konkrétní oddělení jsou anonymizovány.

Respondenti byli pacienti hospitalizovaní na oddělení závislostí A a B. Dotazník byl poskytnut pacientům minimálně po 1 měsíci hospitalizace.

Dotazník je tvořen 63 otázkami. Pro komplexní zhodnocení spokojenosti pacientů s psychiatrickou péčí byl využit dotazník určený pro psychiatrické nemocnice s názvem „Kvalita očima pacientů – hodnocení lůžkové péče“. Skrze email jsem kontaktovala autora dotazníku RNDr. Raitera Tomáše, s prosbou o možnost čerpat z dotazníku. Pan RNDr. Raiter mi udělil souhlas. Mohla být zahájena tvorba dotazníku s přihlédnutím ke specifikům oddělení. Standardizovaná verze byla následně graficky upravena, doplněna o relevantní otázky a některé původní položky byly modifikovány pro jednotnost a lepší srozumitelnost.

Dotazník byl sestaven ve třech verzích, které odpovídaly charakteru jednotlivých oddělení. První varianta byla určena pro muže podstupující dobrovolnou léčbu na oddělení A, druhá pro ženy v dobrovolné léčbě na stejném oddělení a třetí varianta byla pro muže hospitalizované na oddělení B v rámci ochranného léčení, kde nejsou přijímány ženy. Dotazník varianta A byl přiložen jako příloha č.1.

V úvodu dotazníku byly respondentům poskytnuty informace o dobrovolné účasti, anonymitě a účelu šetření. Dotazník byl rozdělen do jedenácti tematických částí, v nichž byly zahrnuty demografické údaje, zkušenosti s prvním kontaktem se zařízením, hodnocení pobytu, spokojenost hodnotící přístup ošetřujícího lékaře, lékaře obecně a všeobecné sestry. Dále byly zařazeny otázky týkající se psychologů a adiktologů, zdravotně-sociálního

pracovníka a celkového vnímání kvality poskytované léčby. V závěrečné části byl ponechán prostor pro slovní hodnocení a podněty respondentů.

Tímto způsobem bylo umožněno získat komplexní zpětnou vazbu od pacientů, která přispívá k hodnocení kvality péče v daném zařízení. Dotazník uveden v příloze.

#### **4.1.1 Charakteristika oddělení A – dobrovolné léčení**

Oddělení A poskytuje střednědobou léčbu závislostí na alkoholu, nelegálních látkách a hazardním hraní. Léčba trvá minimálně čtyři měsíce, s možností prodloužení až na šest měsíců dle individuálního pokroku pacienta. Klientům je nabídnuto chráněné prostředí bez přístupu k návykovým látkám a rizikovým situacím, což podporuje jejich zotavení.

Léčba je dobrovolná a strukturovaná do několika fází. Úvodní fáze je zaměřena na adaptaci, následně pacienti pracují na stabilizaci zdravotního stavu, identifikaci problematického chování a jeho změně. Využívány jsou skupinové terapie, praktické nácviky, relaxační techniky a doplňkové aktivity (např. arteterapie, hipoterapie, asertivní trénink). V závěrečné fázi se klade důraz na přípravu návratu do běžného života.

Součástí režimu je bodový systém. Kladné body pacienti získávají za aktivní zapojení do programu, účast na dobrovolných aktivitách, vedení přednášek či pomoc novým členům komunity. Záporné body jsou udělovány za porušení pravidel, která jsou rozdělena na závažná (např. držení nepovolených látek, neúčast na programu) a méně závažná (např. zpoždění, porušení hygienických návyků). Hodnocení probíhá týdně a je zaznamenáváno do bodovací knihy. (Čerpáno z vnitřního zdroje nemocnice.)<sup>1</sup>

#### **4.1.2 Charakteristika oddělení B – ústavní léčení**

Oddělení B je určeno pro pacienty s nařízenou ochrannou léčbou závislostí. Cílem je motivace k dlouhodobé abstinenci, změna životního stylu a rozvoj osobní odpovědnosti. Léčba probíhá v režimovém prostředí za přísných pravidel, včetně absolutní abstinence. Terapeutický plán kombinuje komunitní a skupinovou terapii, pracovní terapii, sportovní aktivity a volnočasové programy.

Tým tvoří odborníci se zkušenostmi z forenzní psychiatrie. Léčba se řídí vnitřním řádem, který je přísnější než na oddělení A. Pacienti musí získat minimálně 35 bodů týdně. Body jsou udělovány za aktivní účast na programu, přístup a dodržování pravidel. Závažné přestupky

---

<sup>1</sup> Pro zachování anonymity nemocnice nejsou uvedeny konkrétní zdroje, z kterých bylo čerpáno.

(např. násilí, útěk, porušení abstinence) vedou ke ztrátě bodů a návratu na adaptační stupeň. Sankce zahrnují omezení individuálních možností a povinnost vypracovat úvahu.

Denní režim je pevně strukturován – začíná ranní rozvíčkou a komunitou, následují terapie, společné aktivity a individuální práce. Večery jsou věnovány reflexi dne formou deníku. Režim podporuje disciplínu, pravidelnost a aktivní zapojení pacientů do léčby. (Čerpáno z vnitřního zdroje nemocnice)<sup>2</sup>

## 4.2 Metodika druhé části

V druhé části byla provedena analýza dokumentace nežádoucích událostí. Jedná se o smíšený výzkum, protože jde o kombinaci kvalitativní a kvantitativní metody. Nežádoucí události jsou hlášeny dvěma způsoby. Prvním způsobem je hlášení do informačního systému a druhý způsobem přes tištěný formulář.

Anonymizovaná data byla získávána po udělení přístupu do interního informačního systému hlášení nežádoucích událostí přímým výpisem konkrétních událostí a jejich okolností či příčin. Tento interní informační systém zaznamenává nežádoucí události vázané ke **konkrétním pacientům**, a to do 10 kategorií. Jedná se například o události jako: problém s medikací či intravenózními roztoky, problém při podání diety či výživy, problém s chováním pacienta nebo návštěvy, nehody a neočekávaná zranění, pády, technické problémy (závady na budově, porucha dodávky energie), dekubity, neočekávané zhoršení klinického stavu/úmrtí pacienta a jiné. V kategorii „jiné“ jsou evidována i infekční onemocnění, včetně infekcí spojených se zdravotní péčí.

V psychiatrické nemocnici jsou nežádoucí události tříděny dle Metodiky sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče. Každá kategorie obsahuje specifické informace, které jsou v informačním systému rozepsány detailněji. Všechna data získaná z informačního systému byla anonymizována.

Díky spolupráci s IT pracovníkem byla z informačního systému získána data o počtu hospitalizovaných pacientů v jednotlivých letech 2023 a 2024. Tato informace byla nezbytná pro statistické porovnání dat mezi jednotlivými roky.

Dále byly zpřístupněny anonymizované údaje o nežádoucích událostech v **tištěné podobě**, které nelze zaznamenat do interního informačního systému. Tyto události se týkají **personálu nebo majetku nemocnice**. Jsou evidovány na tištěných formulářích, jelikož není umožněno je

---

<sup>2</sup> Pro zachování anonymity nemocnice nejsou uvedeny konkrétní zdroje, z kterých bylo čerpáno.

zanést do digitálního systému. Hlavní sestrou mi byly poskytnuty data ohledně počtu zaměstnanců v letech 2023 a 2024. Tato informace byla nezbytná ke statistickému porovnání.

K záznamu anonymizovaných dat byl využit program Microsoft Excel 2021, ve kterém byly vytvořeny tabulky. Pro účely analýzy byla zvolena sada statistických testů odpovídající charakteru zkoumaných proměnných. I když Excel nenabízí přímou implementaci všech potřebných statistických testů, byl využit jako hlavní nástroj pro výpočty – a to s využitím obecných matematicko-statistických vzorců. Výsledky jednotlivých testů byly vypočteny manuálně pomocí vzorců a funkcí v Excelu, přičemž byly zohledněny podmínky správného použití jednotlivých testů. Konkrétně byly použity Z-test, chí-kvadrát test dobré shody a chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce.

Z-test byl proveden pro všechny sledované proměnné k porovnání dvou relativních četností ve dvou populacích. Výjimku tvoří analýza změn v jednotlivých odděleních a měsících, kde byl z důvodu specifické povahy dat a snahy postihnout i změny ve struktuře četností využit chí-kvadrát test dobré shody. Chí-kvadrát test nezávislosti v kontingenční tabulce byl použit k ověření předpokladu, zda výskyt NU v měsících a rocích mezi sebou statisticky významně závisí. Vyhodnocování bylo provedeno na hladině významnosti  $\alpha = 5\%$ . Hypotéza byla zamítnuta v případě, kdy p-hodnota byla menší než zmíněná hladina významnosti, a to je hodnota 0,05. V tabulkách u daných podílů bylo uvedeno, zda se jedná o statisticky významný rozdíl (došlo k zamítnutí  $H_0$  a zda tedy došlo k poklesu, nárůstu nebo neměnné hodnotě).

#### **4.2.1 Přehled typů oddělení psychiatrické nemocnice**

Všechna oddělení byla anonymizována a jejich původní názvy byly nahrazeny písmeny abecedy. Pro správnou interpretaci získaných dat a zohlednění kontextu, v němž k nežádoucím událostem docházelo, je níže uveden stručný přehled charakteristik jednotlivých oddělení. Tyto informace umožňují lépe porozumět specifikům poskytované péče, identifikovat rizikové faktory a následně navrhnout cílená opatření ke zlepšení bezpečnosti a kvality péče.

Oddělení A a C jsou zaměřena na léčbu závislostí, a to formou dobrovolnou. U oddělení B jde o léčbu závislostí ochranného ústavního léčení. Oddělení D se specializuje na péči o ženy s mentální retardací a poruchami autistického spektra. Doléčovací péče o osoby s poruchami z okruhu schizofrenních psychóz je zajišťována na odděleních E a S. Interní oddělení, zajišťující interní péči pro pacienty psychiatrie F a W nabízí také široké spektrum odborných vyšetření a služeb, jako jsou RTG, EEG, ultrazvuková a EKG vyšetření, a současně zde funguje gerontometabolická jednotka.



Gerontopsychiatrická péče je rozdělena dle pohlaví. U žen ji zajišťují oddělení *G*, *U* a *L*, zatímco u mužů jsou určena oddělení *J*, *N* a *V*. Oddělení *H* a *P* poskytují doléčovací péči mužům po akutní fázi psychiatrického onemocnění, zatímco oddělení *CH* se věnuje mužům s mentálním defektem.

Dětské oddělení *I* je specializované na psychiatrickou péči o nezletilé pacienty. Oddělení *K* plní funkci psychoterapeutického pracoviště, kde jsou poskytovány různé formy psychoterapie. Oddělení *M* se zaměřuje na sexuologickou léčbu. Oddělení *O* zajišťuje následnou péči a psychiatrickou rehabilitaci pro pacienty, u nichž je potřeba zohlednit jejich individuální výkonnost a možnosti.

Akutní psychiatrická péče je soustředěna na odděleních *Q* a *T*, která slouží jako primární příjmová oddělení. Oddělení *R* poskytuje doléčovací a rehabilitační aktivity pro ženy se širokým spektrem psychiatrických diagnóz.

#### 4.2.2 Nežádoucí události informační systém

V této podkapitole jsou představeny počty příjmů pacientů do psychiatrické nemocnice.

V roce 2023 bylo celkem přijato 2020 pacientů. V roce 2024 činil celkový počet přijatých pacientů 2078. Hodnoty 2020 pro rok 2023 a 2078 pro rok 2024 jsou pro naši analýzu klíčové, neboť představují základní rozsahy souborů, ze kterých budou následně počítány relativní četnosti. Tyto dílčí relativní četnosti budou podrobeny statistickému testování pomocí Z-testu pro porovnání dvou relativních četností.

V prováděných testech u nežádoucích událostí hlášených do informačního systému pracujeme s výběrovými rozsahy  $n_1 = 2020$  (pro rok 2023) a  $n_2 = 2078$  (pro rok 2024).

**Tabulka 1** zachycuje rozdělení příjmů a překladů pacientů mezi jednotlivá oddělení v roce 2023 spolu s jejich relativním zastoupením (%). Překlad je situace, kdy pacient přijatý na určité oddělení byl následně přeložen na jiné oddělení v rámci psychiatrické nemocnice. Nejvyšší podíl příjmů byl evidován na odděleních T (16,24 %), Q (16,04 %) a C (10,35 %). Nejvíce překladů bylo zaznamenáno na oddělení F (13,55 %), E (10,48 %) a S (7,18 %). Dále tabulka 1 zobrazuje počty příjmů a překladů pacientů na jednotlivých odděleních za rok 2024 včetně jejich procentuálního zastoupení. Nejvíce příjmů bylo zaznamenáno na oddělení T (16,41 %), následované odděleními Q (15,6 %) a C (10,15 %). Nejvyšší podíl překladů vykazovala oddělení F (12,68 %), E (11,14 %) a S (8,05 %), přestože jejich počet příjmů byl relativně nízký. Některá oddělení (např. E, L, N, P, R a V) neměla v daném roce žádné příjmy.

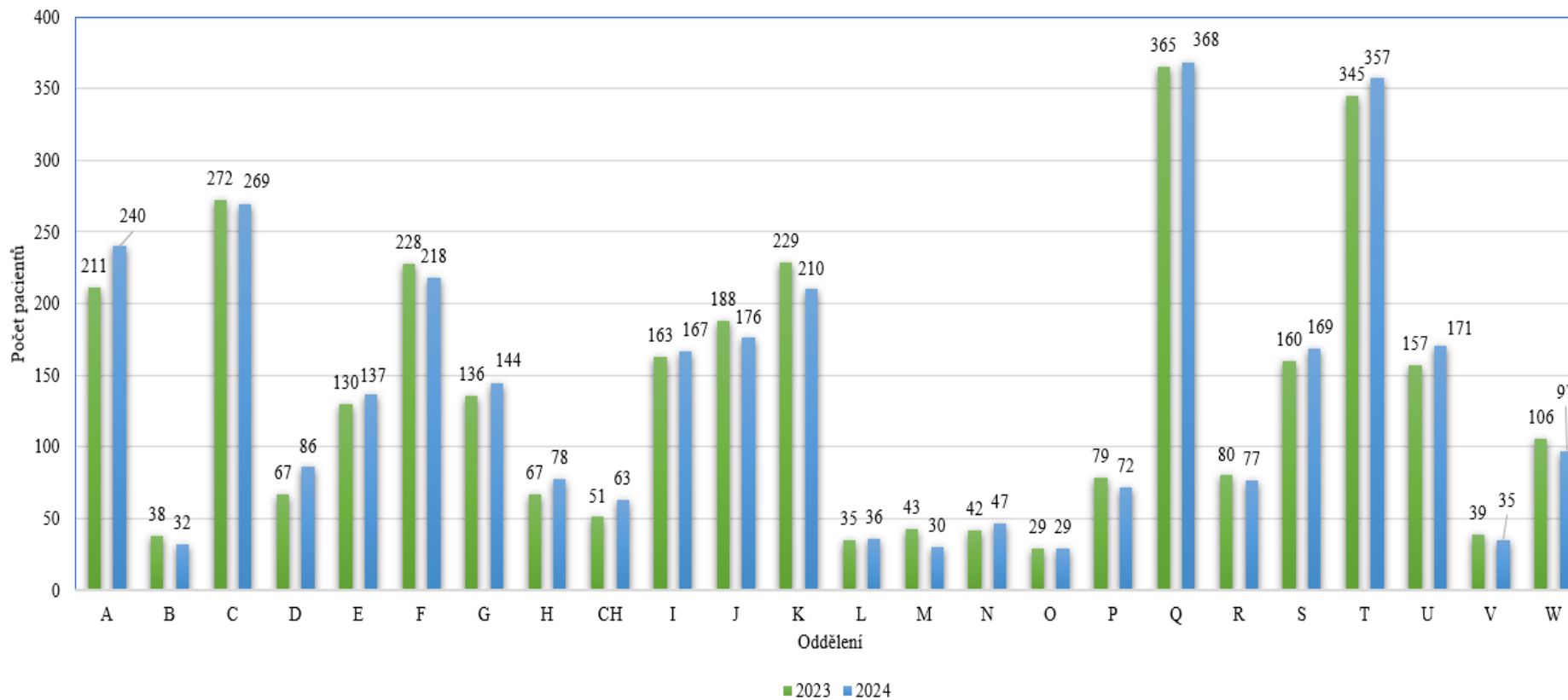
**Tabulka 1:** Počet četností příjmů a překlادů 2023 a 2024

Oddělení	Příjmy 2023	Překlad 2023	% Příjmy 2023	% Překlad 2023	Oddělení	Příjmy 2024	Překlad 2024	% Příjmy 2024	% Překlad 2024
T	328*	17	16,24	1,37	T	341*	16	16,41	1,30
Q	324*	41	16,04	3,31	Q	324*	44	15,60	3,58
C	209*	63	10,35	5,08	C	211*	58	10,15	4,72
K	177*	52	8,76	4,19	A	177*	63	8,52	5,12
J	156*	32	7,72	2,58	K	163*	47	7,84	3,82
I	152	11	7,52	0,89	I	161	6	7,75	0,49
A	140	71	6,93	5,73	U	145	26	6,98	2,11
U	136	21	6,73	1,69	J	144	32	6,93	2,60
G	114	22	5,64	1,77	G	121	23	5,82	1,87
S	71	89*	3,52	7,18	S	70	99*	3,37	8,05
F	60	168*	2,97	13,55	F	62	156*	2,98	12,68
D	41	26	2,03	2,10	D	49	37	2,36	3,01
CH	36	15	1,78	1,21	CH	41	22	1,97	1,79
W	31	75	1,53	6,05	W	27	70	1,30	5,69
M	28	15	1,39	1,21	M	21	9	1,01	0,73
B	12	26	0,59	2,10	B	18	14	0,87	1,14
O	2	27	0,10	2,18	H	2	76*	0,10	6,18
P	2	77*	0,10	6,21	O	1	28	0,05	2,28
H	1	66	0,05	5,32	E	0	137*	0	11,14
E	0	130*	0	10,48	L	0	36	0	2,93
L	0	35	0	2,82	N	0	47	0	3,82
N	0	42	0	3,39	P	0	72	0	5,85
R	0	80*	0	6,45	R	0	77*	0	6,26
V	0	39	0	3,15	V	0	35	0	2,85
Celkem	2020	1240	100	100	celkem	2078	1230	100	100

\*zeleně označeno prvních pět nejvíce zatížených oddělení příjmy a žlutě označeno prvních pět nejvíce zatížených oddělení překlady

**Obrázek 2** znázorňuje celkové počty hospitalizovaných pacientů na jednotlivých odděleních v letech 2023 a 2024, tj. počet přijatých + přeložených pacientů. Součet příjmů a překlادů tedy zobrazuje pohyb pacientů na určitých odděleních a nejvyšší počet hospitalizací byl v obou sledovaných letech zaznamenán na odděleních Q a T, která tak patřila k nejvytíženějším. Naopak nejnižší zátěž z hlediska počtu přijatých pacientů vykazovalo v obou letech oddělení O.

## Počet hospitalizovaných pacientů na odděleních 2023 a 2024



**Obrázek 2:** Celkový počet hospitalizovaných pacientů na odděleních 2023 a 2024

### 4.2.3 Nežádoucí události tištěný formulář

Data vztahující se k tištěným formulářům byla rozdělena na dvě skupiny. Události, které se týkají zaměstnanců a události, které zaměstnanci nemohli ovlivnit a byly způsobeny cizím zaviněním, či přírodními jevy.

Pro porovnání údajů o nežádoucích událostech zaznamenaných na tištěných formulářích, které se týkají zaměstnanců, je nezbytné znát celkový počet zaměstnanců psychiatrické nemocnice. V roce 2023 byl průměrný počet zaměstnanců 728, v roce 2024 pak 751. Tyto údaje jsou klíčové pro další analýzu, protože tvoří základ pro výpočet relativní četnosti. Při analýze nežádoucích událostí hlášených do informačního systému pracujeme s výběrovými rozsahy  $n_1 = 728$  (rok 2023) a  $n_2 = 751$  (rok 2024).

Relativní četnosti budou dále statisticky testovány pomocí Z-testu, který slouží k porovnání dvou relativních četností.

**Tabulka 2** zachycuje počet zaměstnanců v jednotlivých měsících v letech 2023 a 2024. Na základě těchto údajů byla následně vypočtena průměrná roční hodnota počtu zaměstnanců pro každý rok. Průměrná hodnota byla zaokrouhlena na celé číslo.

**Tabulka 2:** Počet zaměstnanců v letech 2023 a 2024

Počet zaměstnanců v psychiatrické nemocnici		
měsíc	2023	2024
leden	729	748
únor	726	750
březen	727	750
duben	719	749
květen	719	746
červen	725	743
červenec	727	751
srpen	732	754
září	739	754
říjen	732	756
listopad	731	757
prosinec	731	758
<b>průměrně</b>	<b>728</b>	<b>751</b>

## 5 VÝSLEDKY

### 5.1 Výsledky první části

Po schválení realizace výzkumu ředitelem nemocnice a po předchozí domluvě se staničními sestrami byl dotazník zpřístupněn pacientům. Vzhledem k tomu, že šetření probíhalo na režimových odděleních, mohli se pacienti zapojit ve svém volném čase. Vyplněné dotazníky ukládali do připravené obálky umístěné na sesterně.

Jako první byla kontaktována staniční sestra oddělení A. Autorce bylo telefonicky sděleno, že s ohledem na různorodý denní program pacientů (terapie, aktivity, vycházky) bude vhodnější, pokud dotazníky předá staniční sestře k dalšímu zajištění distribuce mezi pacienty. Následně byly dotazníky předány v deskách spolu s pokyny.

V pokynech byly uvedeny informace týkající se rozlišení dotazníků pro ženy a muže a instrukce k jejich předání pacientům, kteří jsou hospitalizováni déle než jeden měsíc. Součástí materiálů byl také kontakt na autorku a obálka formátu A4 určená pro sběr vyplněných dotazníků.

Dotazníkové šetření na oddělení A bylo zahájeno dne 17. září. Staniční sestra dotazníky předala pacientům, kterým byl ponechán dostatek času pro samostatné vyplnění. Vyplněné dotazníky pacienti následně průběžně ukládali do připravené obálky na sesterně.

Dle domluvy měla staniční sestra vyplněné dotazníky předat autorce prostřednictvím nemocniční pošty, případně ji kontaktovat za účelem osobního předání. K tomu však již nedošlo.

Dne 25. září proběhlo v nemocnici jednání primářského sboru. Po jeho skončení kontaktovala hlavní sestra nemocnice autorku s informací, že vyplněné dotazníky převzal primář oddělení A, který je chtěl projednat na primářském sboru. Vyjádřil nespokojenost s tím, že dotazníky s ním nebyly předem konzultovány. Kritizoval zejména formulaci v úvodu dotazníku a projevil obavy, že otázky mohou směřovat na personál – konkrétně adiktology, psychology, lékaře a všeobecné sestry.

V úvodní části dotazníku bylo uvedeno:

*„Vaše odpovědi budou nejen důležitým zdrojem dat pro výzkumnou práci, ale také poslouží jako zpětná vazba nemocnici. Zjištěné informace pomohou v dalším zdokonalování kvality a efektivity poskytované péče.“*

Primář A vyjádřil obavu, že by z této formulace mohl být vyvozen negativní dopad pro personál. Dotazník jako celek podrobil kritice.

Hlavní sestra oponovala s tím, že se jedná o dotazník, který byl schválen vedením nemocnice a který byl sestaven na základě standardizovaného vzoru dotazníku RNDr. Raitera – garanta projektu *Kvalita očima pacientů*, realizovaného v předešlých letech také v této nemocnici. K postupu při zahájení sběru dat neuvedla žádné výhrady, neboť odpovídal běžné praxi. Přesto primář A vyjádřil rozladění ohledně dotazníkového šetření. Uvedl, že pacienti na oddělení nyní diskutují o možnostech zlepšení služeb a personál má obavy, co pro ně dotazník znamená.

Dále navrhl zavedení pravidla, podle kterého by při budoucích výzkumech mělo docházet k přímé komunikaci s jednotlivými primáři oddělení. Uvedl, že po přečtení některých odpovědí považuje obsah dotazníků za problematický. Na toto reagoval náměstek pro lékařskou péči dotazem, jak je možné, že si personál dotazníky přečetl a sám je vyhodnocoval, přestože měly být uloženy v zalepené obálce.

Primář A na to uvedl, že chce s autorkou hovořit a získat vysvětlení k cíli sběru dat i k tomu, zda rozumí problematice závislostí. Do té doby odmítl dotazníky vydat.

Po sdělení těchto informací ze strany hlavní sestry byla primářem A domluvena schůzka. Autorka na ni připravila výzkumnou tezi, kopii dotazníku, schválení výzkumu i vzorový dotazník *Kvalita očima pacientů*, z něhož vycházela.

Rozhovor s primářem oddělení byl zahájen omluvou za vzniklé nejasnosti a nejistoty, vysvětlením dosavadního postupu, který vycházel z předaných informací a běžné praxe. Primář následně zpochybnil odbornost autorky, označil přístup za neprofesionální a uvedl, že nerozumí problematice závislostí. Autorka uvedla, že se danému tématu věnuje v teoretické části diplomové práce a má praxi v oboru. Nabídla k nahlédnutí výzkumnou tezi, o kterou však primář neprojevil zájem a žádal pouze sdělení cíle šetření.

Po jeho objasnění primář konstatoval, že „je přece jasné“, že pacienti budou nespokojeni. Na připomínku, že bez konkrétních dat nelze s jistotou vyvozovat závěry, a že právě k jejich získání je výzkum veden, nereagoval se změnou postoje.

Bylo sděleno, že dotazníky nebudou vydány z důvodu nevyhovujících otázek. Na dotaz, které otázky jsou považovány za problematické (byla nabídnuta možnost jejich úpravy). V tomto okamžiku však primář A ukončil spolupráci a zakázal další šetření na svém oddělení.

Během rozhovoru uvedl konkrétní informace získané z dotazníků. Autorka upozornila na nevhodnost otevření obálek s již vyplněnými dotazníky, které nebyly určeny do rukou primáře.

Primář A dále uvedl, že má odpovědnost za personál oddělení. Bylo objasněno, že sběr dat je anonymní, neuvádí se názvy zařízení ani oddělení, a výsledky nemohou vést k identifikaci jednotlivců. Přesto rozhodnutí nevydat dotazníky zůstalo nezměněno.

Na závěr autorka položila otázku, zda je důvodem nevydání dotazníků obava personálu. Po této otázce primář A rozhovor ukončil a odešel.

Rozhovor trval přibližně 30 minut. Možnost realizace výzkumu na oddělení nebyla nalezena. Následně primář A informoval primáře B o svém rozhodnutí. Ten poté prostřednictvím staniční sestry sdělil, že dotazníky z jeho oddělení rovněž nebudou vydány.<sup>3</sup>

## 5.2 Výsledky druhé části

Sledované jsou nežádoucí události v letech 2023 a 2024. Data z informačního systému a data z tištěných formulářů budou zpracovávána odděleně, s ohledem na jejich odlišný charakter a zdroj. V tabulkách jsou data uvedena v absolutní (n) i relativní četnosti (%). Součástí tabulek je p-hodnota a zhodnocení, zda došlo ke statisticky významnému rozdílu. Popsáno je i zda došlo k nárůstu, poklesu nebo nezměněné hodnotě.

Byla stanovena následující pracovní hypotéza:

**H<sub>0</sub>** (nulová hypotéza): Podíl sledované charakteristiky se mezi roky 2023 a 2024 statisticky významně nezměnil.

**H<sub>1</sub>** (alternativní hypotéza): Mezi roky 2023 a 2024 došlo u sledované charakteristiky ke statisticky významné změně.

### 5.2.1 Výsledky nežádoucí události informační systém

První vyhodnocení je v **Tabulce 3**. Za rok 2023 nastalo 358 (17,7 %) nežádoucích událostí a v roce 2024 bylo nahlášeno 384 (18,5 %) nežádoucích událostí. Jednotlivé roky se mezi sebou statisticky významně neliší. Pomocí z-testu bylo ověřeno, zda je rozdíl mezi těmito podíly statisticky významný. P-hodnota dosáhla hodnoty 0,529 a na základě tohoto výsledků nebyl prokázán statisticky významný rozdíl mezi roky.

---

<sup>3</sup> Pro zachování anonymizace byly situace popsány v mužském rodě pro ředitele a primáře a v ženském rodě pro staniční sestry a hlavní sestru, bez ohledu ke skutečnosti.

**Tabulka 3:** Počet četností nežádoucích událostí informační systém

Počet nežádoucích událostí	v roce 2023 (n1* = 2020)		v roce 2024 (n2* = 2078)		Shoda dvou relativních četností (Z-test)	Statisticky významný rozdíl?
	n	%	n	%	P-hodnota	ANOxNE
Informační systém	358	17,7	384	18,5	0,529	Ne

\*n1 počet přijatých pacientů v roce 2023, n2 počet přijatých pacientů 2024

**Z tabulky 4** je zřejmé, že nejčetnější nežádoucí událostí v roce 2023 byly pády (99; 27,65 %). Druhou nejčetnější událostí je v 83 případech (23,18 %) problém s chováním pacienta či návštěvy a třetí v pořadí jsou dekubity (79; 22,07 %). Nejméně vyskytujícími událostmi v roce 2023 jsou technické problémy, které nastaly v 1 případě (0,28 %). V jednom případě došlo k technické závadě, kdy nastal výpadek elektrického proudu. V roce 2024 je pořadí prvních třech nejčetnějších událostí obdobné jako v roce 2023. V rámci pádů a dekubitů nebyla zaznamenána statisticky významná změna. Ovšem v případě problémového chování došlo k poklesu, z původních 4,1 % všech příjmů na 3,8 % všech příjmů. Nárůst nežádoucích událostí sledujeme v typu jiné.

**Tabulka 4:** Počet četností typů nežádoucích událostí

Typ NU informační systém	Počet incidentů				Shoda dvou relativních četností (Z-test)	Statisticky významný rozdíl?
	v roce 2023 (n1* = 2020)		v roce 2024 (n2* = 2078)		P-hodnota	ANOxNE Pokles/nárůst**
	n	%	n	%		
Pády	99	4,9 %	112	5,4 %	0,351	Ne
Dekubity	79	3,9 %	92	4,4 %	0,198	Ne
Problém s chováním pacienta, návštěvy	83	4,1 %	78	3,8 %	0,044	Ano – pokles
Nehody a neočekávaná zranění	39	1,9 %	23	1,1 %	<0,001	Ano – pokles
Neočekávané zhoršení klinického stavu	9	0,4 %	4	0,2 %	<0,001	Ano – pokles
Problém s medikací či intravenózními roztoky	5	0,2 %	5	0,2 %	0,794	Ne
Problém s klinickým výkonem	2	0,1 %	0	0,0 %	0,001	Ano – pokles
Technický problém, závada na budově	1	0,0 %	1	0,0 %	0,907	Ne
Problém při podávání diety či výživy	0	0,0 %	4	0,2 %	<0,001	Ano – pokles
Jiné	41	2,0 %	65	3,1 %	<0,001	Ano – nárůst
Celkem	358	17,7 %	384	18,5 %	1,000	Ne

\*n1 počet přijatých pacientů v roce 2023, n2 počet přijatých pacientů 2024

\*\*Zelená barva označuje pokles, červená barva označuje nárůst a černá neměnnost.



**Tabulka 5:** Počet četností případů informování policie

policie informována	v roce 2023 (n1* = 2020)		v roce 2024 (n2* = 2078)		Shoda dvou relativních četností (Z-test)	Statisticky významný rozdíl?
	n	%	n	%	P-hodnota	ANOxNE Pokles/nárůst**
ano	28	1,4 %	21	1,0 %	0,003	Ano – pokles
ne	330	16,3 %	363	17,5 %	0,393	Ne
Celkem	358	17,7 %	384	18,5 %	1,000	Ne

\* n1 počet přijatých pacientů v roce 2023, n2 počet přijatých pacientů 2024.

\*\* Zelená barva označuje pokles, červená barva označuje nárůst a černá neměnnost.

**Tabulka 5** porovnává výskyt situací, kdy byla v souvislosti s nežádoucími událostmi informována policie, ve dvou po sobě jdoucích letech. V roce 2023 byla policie přivolána ve 28 případech, což představuje 1,4 % všech událostí, zatímco v roce 2024 šlo o 21 případů (1,0 %). Rozdíl je statisticky významný a výskyt těchto případů byl v roce 2024 prokazatelně nižší než v roce předchozím. V případě informování policie došlo ke statisticky významnému poklesu v případě počtu hlášených případů.

**Tabulka 6:** Počet četností nežádoucích událostí měsíčně, z-test

Počet NU měsíčně	2023 (n1* = 2020)		2024 (n2* = 2078)		Shoda dvou relativních četností (Z-test)	Statisticky významný rozdíl?
	n	%	n	%	P-hodnota	ANOxNE Pokles/nárůst**
leden	26	1,3 %	25	1,2 %	0,356	Ne
únor	29	1,4 %	18	0,9 %	<0,001	Ano – pokles
březen	36	1,8 %	25	1,2 %	<0,001	Ano – pokles
duben	27	1,3 %	29	1,4 %	0,990	Ne
květen	34	1,7 %	40	1,9 %	0,347	Ne
červen	42	2,1 %	36	1,7 %	0,019	Ano – pokles
červenec	28	1,4 %	40	1,9 %	0,006	Ano – nárůst
srpen	36	1,8 %	36	1,7 %	0,481	Ne
září	26	1,3 %	29	1,4 %	0,732	Ne
říjen	23	1,1 %	46	2,2 %	<0,001	Ano – nárůst
listopad	30	1,5 %	30	1,4 %	0,520	Ne
prosinec	21	1,0 %	30	1,4 %	0,017	Ano – nárůst
celkem	358	17,7 %	384	18,5 %	1,000	Ne

\* n1 počet přijatých pacientů v roce 2023, n2 počet přijatých pacientů 2024.

\*\* Zelená barva označuje pokles, červená barva označuje nárůst a černá neměnnost.

**V Tabulce 6** sledujeme rozdělení NU podle měsíců. K poklesu NU došlo v rámci února, března a června, naopak došlo ke statisticky významnému nárůstu událostí v případě července, října a prosince. V rámci tabulky 6 byla také ověřena hypotéza, která sledovala, zda výskyt NU v měsících a rocích mezi sebou statisticky významně závisí. Na ověření předpokladu byl použit  $\chi^2$  test nezávislosti v kontingenční tabulce P-hodnotou = 0,132. Jelikož je výsledná p-hodnota větší než 0,05.  $H_0$  o nezávislosti nezamítáme. Rozdělení měsíců a roků mezi sebou statisticky významně nezávisí.

**Tabulka 7:** Počet četností nežádoucí události měsíčně, relativní četnosti

Počet NU měsíčně	2023		2024	
	n	%	n	%
leden	26	7,3 %	25	6,5 %
únor	29	8,1 %	18	4,7 %
březen	36	10,1 %	25	6,5 %
duben	27	7,5 %	29	7,6 %
květen	34	9,5 %	40	10,4 %
červen	42	11,7 %	36	9,4 %
červenec	28	7,8 %	40	10,4 %
srpen	36	10,1 %	36	9,4 %
září	26	7,3 %	29	7,6 %
říjen	23	6,4 %	46	12,0 %
listopad	30	8,4 %	30	7,8 %
prosinec	21	5,9 %	30	7,8 %
celkem	358	100,0 %	384	100,0 %

**Tabulka 7** zobrazuje vyhodnocení výskytu nežádoucích událostí v průběhu jednotlivých měsíců. V tabulce jsou uvedeny absolutní počty (n) NU za jednotlivé měsíce, přepočítané na relativní četnosti (%) vůči celkovému počtu událostí v daném roce, proto jejich součet činí 100 %. Z tabulky 7 vyplývá, že v roce 2023 byly nejvíce problematické měsíce březen, červen a srpen, zatímco v roce 2024 vykazovaly nejvyšší výskyt NU říjen, květen a červenec. Změna v měsíčním rozložení událostí byla následně ověřena pomocí chí-kvadrát testu dobré shody. Výsledná p-hodnota <0,001 ukazuje na statisticky významný rozdíl mezi roky. To znamená, že rozložení počtu NU v průběhu roku se liší v závislosti na sledovaném období. Kdy z předchozí tabulky 6 víme, že k nejvýraznější změně došlo v říjnu 2024, kde nastalo zdvojnásobení počtu NU oproti říjnu 2023. Naopak v měsících jako březen nebo červen byl zaznamenán pokles.

**Tabulka 8** se zaměřuje na výskyt NU na konkrétních oddělení. V případě oddělení byly počty NU přepočítány na součet příjmů a převzetí do péče. Statisticky významné změny byly zaznamenány v případě oddělení B, kde došlo k poklesu NU, a to dokonce z 63,2 % na 18,8 % případů. Naopak v případě oddělení E a G došlo ke statisticky významným nárůstům.

**Tabulka 8:** Počet četností nežádoucích událostí dle místa vzniku, z-test

Výskyt nežádoucích událostí dle místa vzniku	počet hlášených NU						Shoda dvou relativních četností (Z-test)	Statisticky významný rozdíl?
	v roce 2023			v roce 2024			P-hodnota	ANOxNE Pokles/nárůst**
Oddělení	n	n1*	%	n	n2*	%		
A	9	211	4,3 %	8	240	3,3 %	0,604	Ne
B	24	38	63,2 %	6	32	18,8 %	<0,001	Ano – pokles
C	20	272	7,4 %	13	269	4,8 %	0,221	Ne
D	17	67	25,4 %	22	86	25,6 %	0,977	Ne
E	2	130	1,5 %	9	137	6,6 %	0,039	Ano – nárůst
F	29	228	12,7 %	34	218	15,6 %	0,383	Ne
G	27	136	19,9 %	45	144	31,3 %	0,029	Ano – nárůst
H	8	67	11,9 %	7	78	9,0 %	0,559	Ne
CH	27	51	52,9 %	26	63	41,3 %	0,214	Ne
I	6	163	3,7 %	6	167	3,6 %	0,966	Ne
J	47	188	25,0 %	57	176	32,4 %	0,119	Ne
K	5	229	2,2 %	6	210	2,9 %	0,652	Ne
L	9	35	25,7 %	9	36	25,0 %	0,945	Ne
M	8	43	18,6 %	10	30	33,3 %	0,151	Ne
N	4	42	9,5 %	6	47	12,8 %	0,629	Ne
O	14	29	48,3 %	16	29	55,2 %	0,599	Ne
P	6	79	7,6 %	7	72	9,7 %	0,642	Ne
Q	28	365	7,7 %	26	368	7,1 %	0,753	Ne
R	4	80	5,0 %	6	77	7,8 %	0,474	Ne
S	1	160	0,6 %	5	169	3,0 %	0,114	Ne
T	9	345	2,6 %	19	357	5,3 %	0,066	Ne
U	24	157	15,3 %	22	171	12,9 %	0,528	Ne
V	10	39	25,6 %	7	35	20,0 %	0,565	Ne
W	20	106	18,9 %	12	97	12,4 %	0,204	Ne
celkem	358	3260	11,0 %	384	3308	11,6 %	0,422	Ne

\* Počet součtu příjmů a překladů.

\*\* Zelená barva označuje pokles, červená barva označuje nárůst a černá neměnnost.

V **tabulce 9** byly zhodnoceny změny struktury oddělení k určení oddělení, které mají největší výskyt NU oproti jiným oddělením. Přepočítání relativních četností bylo v tomto případě provedeno na celkový počet hlášených NU v daném roce. Jako nejproblématictější oddělení se podle níže uvedených dat jeví oddělení J, kde v roce 2023 bylo zaznamenáno 13,1 % všech hlášených NU (47), v roce 2024 pak představovaly NU dokonce 14,8 % všech hlášených NU (57). Na druhém místě je poté oddělení F, na který připadá 8,1 % NU v roce 2023 (29) a 8,9 % (34) případů NU v roce 2024. Naopak nejméně NU je v roce 2023 hlášeno z oddělení S, odkud v roce 2023 pocházelo 0,3 % případů, tj. 1 NU a v roce 2024 poté 1,3 % NU, tj. 5 případů. Největší změny byly zaznamenány v případě oddělení B, E či G.

Pro ověření změny struktury v jednotlivých letech použijeme X<sup>2</sup> test dobré shody, jako očekávané četnosti budeme volit hodnoty roku 2023. P-hodnota <0,001, tedy mezi roky 2023 a 2024 došlo ke statisticky významné změně struktury rozdělení NU podle oddělení.

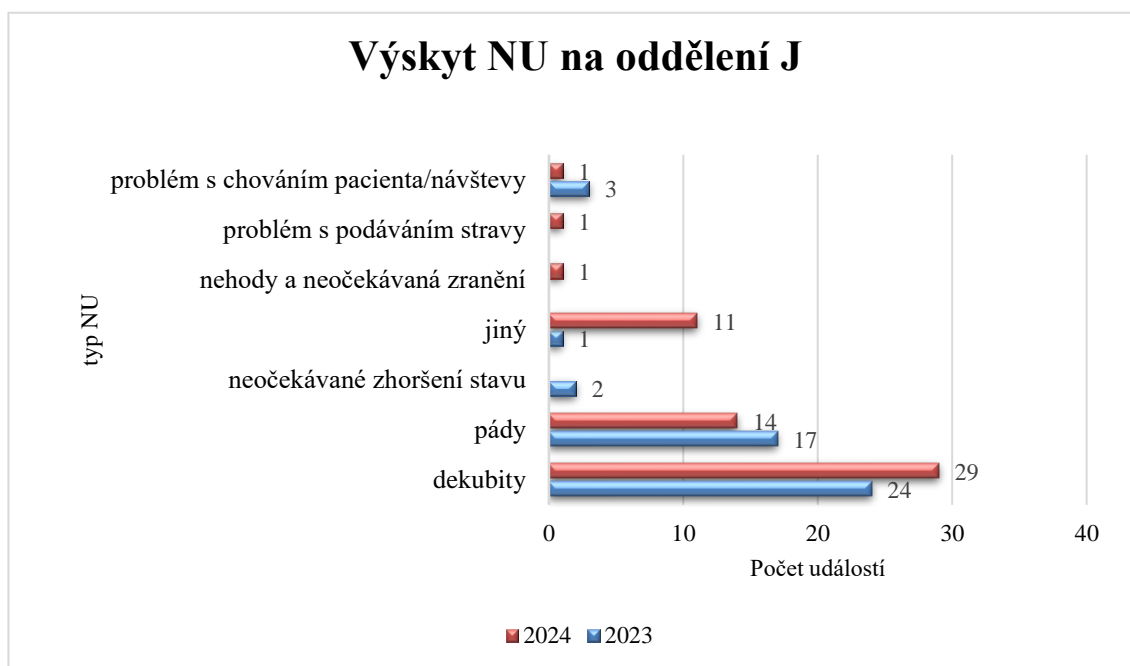
**Tabulka 9:** Počet četností nežádoucích událostí dle místa vzniku, relativní četnosti

Výskyt nežádoucích událostí dle místa vzniku	počet hlášených NU			
	v roce 2023		v roce 2024	
Oddělení	n	%	n	%
A	9	2,5 %	8	2,1 %
B	24	6,7 %	6	1,6 %
C	20	5,6 %	13	3,4 %
D	17	4,7 %	22	5,7 %
E	2	0,6 %	9	2,3 %
F	29	8,1 %	34	8,9 %
G	27	7,5 %	45	11,7 %
H	8	2,2 %	7	1,8 %
CH	27	7,5 %	26	6,8 %
I	6	1,7 %	6	1,6 %
<b>J*</b>	<b>47</b>	<b>13,1 %</b>	<b>57</b>	<b>14,8 %</b>
K	5	1,4 %	6	1,6 %
L	9	2,5 %	9	2,3 %
M	8	2,2 %	10	2,6 %
N	4	1,1 %	6	1,6 %
O	14	3,9 %	16	4,2 %
P	6	1,7 %	7	1,8 %
Q	28	7,8 %	26	6,8 %
R	4	1,1 %	6	1,6 %
<b>S*</b>	<b>1</b>	<b>0,3 %</b>	<b>5</b>	<b>1,3 %</b>
T	9	2,5 %	19	4,9 %
U	24	6,7 %	22	5,7 %
V	10	2,8 %	7	1,8 %
W	20	5,6 %	12	3,1 %
celkem	358	100,0 %	384	100,0 %

\* Červeně zvýrazněné oddělení s nejvyšším počtem NU. Zeleně označeno oddělení s nejnižším počtem NU.

### 5.2.1.1 Analýza konkrétních nežádoucích událostí oddělení J

Po vyhodnocení dat bylo shledáno, že jako nejvíce problematické se jeví oddělení J. Proto zde bude konkrétní popis nežádoucích událostí. Jak bylo zmíněno výše, oddělení J je mužské gerontopsychiatrické oddělení a v roce 2023 došlo celkem k 47 nežádoucím událostem a v roce 2024 došlo k 57 nežádoucím událostem. Konkrétní události jsou zobrazeny v **obrázku 3**.



**Obrázek 3:** Výskyt nežádoucích událostí na oddělení J

Nejčastějšími nežádoucími událostmi byly dekubity jejichž příčinami vzniku byla imobilita, těžká nebo terminální forma demence, polymorbidita či celkové somatické zhoršení stavu pacientů. Ve více případech byly dekubity zjištěny již při přijetí z jiného zdravotnického zařízení. Vyskytovaly se v různých lokalitách, nejčastěji na patách, v oblasti sakra, na hýždích, kotnících nebo prstech dolních končetin. Významným faktorem byla také neschopnost pacienta spolupracovat při antidekubitní prevenci, ať už z důvodu neklidu, delirií či mentální retardace.

Z vyjádření primáře vyplývá, že ve většině případů byla antidekubitní péče poskytována v souladu se standardy. Primářem ani manažerem kvality nebylo shledáno pochybení ze strany personálu. K rozvoji defektů došlo v důsledku závažného zdravotního stavu pacientů, či již při přijetí.

Pády se nejčastěji vyskytovaly u pacientů s pokročilou demencí, poruchou rovnováhy, chronickými neurologickými onemocněními (např. Parkinsonova nemoc), či u těch, kteří

opakovaně nereflektovali edukaci personálu. Významným rizikovým faktorem byla též noční doba, kdy pacienti vstávali samostatně k toaletě. Výskyt tržných ran na hlavě či jiného zranění nebyl ojedinělý.

Podle hodnocení primáře nebylo možné většině těchto událostí zabránit, neboť došlo k náhlým situacím, kdy pacienti opustili lůžko nebo se pokusili o samostatný pohyb i přes omezení a dohled. Ošetrovatelský personál postupoval dle platných postupů a edukace byla dokumentovaná, avšak v důsledku kognitivní poruchy nebyla vždy efektivní.

Neočekávané zhoršení zdravotního stavu / úmrtí, tato kategorie zahrnuje případy, kdy došlo k náhlému selhání vitálních funkcí (např. kolaps na vycházce či aspirace během jídla). V obou případech byla ihned zahájena KPR a přivolána RZP. Události proběhly bez možnosti prevence, pacienti dosud nevykazovali zásadní somatické potíže.

Problémové chování pacientů a konflikty s návštěvami – události tohoto typu se týkaly buď agresivního jednání mezi pacienty (např. fyzické napadení) nebo konfliktního chování návštěv, které vyžadovalo intervenci personálu. Primář konstatoval, že události vznikly náhle, bez možnosti predikce, a personál reagoval adekvátně.

Dle dostupných informací nebyla shledána pochybení ošetřujícího personálu. Rizikové faktory pramenily z věku, zdravotního stavu a kognitivního deficitu pacientů. Všem událostem byla věnována náležitá odborná pozornost.

## 5.2.2 Výsledky nežádoucí události tištěný formulář

V roce 2023 bylo celkem nahlášeno 81 nežádoucích událostí tištěným formulářem a v roce 2024 bylo nahlášeno 64 nežádoucích událostí. Tyto události byly rozděleny do dvou skupin. Jedna skupina se zaměřuje na události týkající zaměstnanců a druhá skupina, která obsahuje události, kdy nebylo možné určit pachatele.

V první řadě došlo k vyhodnocení nežádoucích událostí z tištěného formuláře vztahujícího se k zaměstnancům. **Tabulka 10** zobrazuje přehled incidentů hlášených v letech 2023 a 2024 prostřednictvím tištěného formuláře pro nežádoucí události vztahující se k zaměstnancům. V jednotlivých řádcích jsou uvedeny konkrétní typy incidentů, jako například pád zaměstnance, úraz, poranění o jehlu, napadení personálu, technický problém, pochybení personálu či záměna léku a ostatní události. Do pochybení personálu spadá nedodržení postupů – chybné spuštění alarmu, neuzamknutí dveří, odcizení univerzálních klíčů, pochybení holiče, kdy nedodržel hygienické zásady. Pro každý typ incidentu je uveden absolutní počet výskytů (n) a relativní četnost (%) ve vztahu k počtu zaměstnanců. Pomocí zvolené testovací metody byl zjištěn statisticky významný rozdíl mezi sledovanými roky. Pouze v jednom případě, a to u pádu zaměstnance, byl zaznamenán statisticky významný pokles ( $p = 0,04$ ). U ostatních kategorií rozdíl statisticky významný nebyl.

**Tabulka 10:** Počet četností nežádoucí události tištěný formulář

Typ NU tištěný formulář zaměstnanci	Počet incidentů				Shoda dvou relativních četností (Z-test)	Statisticky významný rozdíl?
	2023 (n1* = 728)		2024 (n2* = 751)		P-hodnota	ANO x NE Pokles/nárůst
Pád zaměstnance	15	2,1 %	6	0,8 %	0,040	Ano – pokles**
Úraz	16	2,2 %	20	2,7 %	0,562	Ne
Poranění o jehlu	6	0,8 %	3	0,4 %	0,293	Ne
Napadení personálu	18	2,5 %	12	1,6 %	0,233	Ne
Pochybení personálu/záměna léku	8	0,5 %	9	0,5 %	1,000	Ne
alkohol na pracovišti	0	0,0 %	1	0,1 %	0,325	Ne
zhoršení stavu personálu	1	0,1 %	0	0,0 %	0,310	Ne
Celkem	64	8,8 %	51	6,8 %	0,150	Ne

\*n1 průměrný počet zaměstnanců pro rok 2023, n2 průměrný počet zaměstnanců pro rok 2024

\*\*Zelená barva označuje pokles, červená barva označuje nárůst a černá neměnnost

Ze všech incidentů došlo v roce 2023 k 6 případům kdy vznikla dlouhodobá pracovní neschopnost. V následujícím roce 2024 přibyl jeden případ, tedy celkem bylo 7 dlouhodobých pracovních neschopností.

Z poskytnutých materiálů byly sestaveny přehledy situací pro rok 2023 a 2024 vypsány v tabulce 11 a v tabulce 12.

**Tabulka 11:** Popis případů dlouhodobých pracovních neschopností v roce 2023

Popis případů dlouhodobých pracovních neschopností v roce 2023				
	Místo	Datum	Popis	Opatření
1	areál	leden	Uklouznutí na sněhu, zhmoždění dolní části zad a pánve.	Nedošlo k porušení předpisů ze strany zaměstnance ani zaměstnavatele. Vznik vlivem nepříznivých klimatických vlivů.
2	G	březen	Pacientka uchopila zaměstnance za palec, který mu byl vyklouben.	Nedošlo k porušení předpisů ze strany zaměstnance ani zaměstnavatele. Nepředvídatelné chování pacientky.
3	J	březen	Při pádu vyvrácení palce pravé horní končetiny.	Nedošlo k porušení předpisů ze strany zaměstnance ani zaměstnavatele.
4	F	červenec	Pohmoždění malíčku levé dolní končetiny o postel.	Nedošlo k porušení předpisů ze strany zaměstnance ani zaměstnavatele.
5	V	říjen	Pacient kopnul zaměstnance do pravého kolene, následovala bolest a rupnutí v koleni.	Nedošlo k porušení předpisů ze strany zaměstnance ani zaměstnavatele.
6	kuchyň	říjen	Zvedání krabice s mlékem, došlo k prasknutí v zádech zaměstnankyně.	Nedošlo k porušení předpisů ze strany zaměstnance ani zaměstnavatele.



**Tabulka 12:** Popis případů dlouhodobých pracovních neschopností v roce 2024

Popis případů dlouhodobých pracovních neschopností v roce 2024				
	Místo	Datum	Popis	Opatření
1	G	leden	Při snaze zachytit padající pacientku, rupnutí v rameni.	Nedošlo k porušení předpisů ze strany zaměstnance ani zaměstnavatele.
2	V	únor	Při přesunu pacienta z lůžka na křeslo došlo k prudké bolesti vystřelujících z hrudní páteře do krku, bolest hlavy až nauzea.	Nedošlo k porušení předpisů ze strany zaměstnance ani zaměstnavatele.
3	O	únor	Zaměstnankyně byla napadena pacientem. Ten ji povalil na zem, škrtil, líbal a pokusil se ji znásilnit. Zaměstnankyni tekla krev z nosu, cítila výraznou bolest v oblasti krku, hlavy a kolen. Tržná rána na hlavě.	Nedošlo k porušení předpisů ze strany zaměstnance ani zaměstnavatele. Nečekaný útok pacienta. Rozšíření bezpečnostních tlačítek pro personál.
4	D	duben	Kolečko od úklidového vozíku najelo na palec levé dolní končetiny. Způsobená otevřená rána s poškozením nehtu.	Nedošlo k porušení předpisů ze strany zaměstnance ani zaměstnavatele.
5	kuchyň	květen	Z vozíku se vysunula gastronádoba a spadla zaměstnankyni na levé předloktí.	Nedošlo k porušení předpisů ze strany zaměstnance ani zaměstnavatele.
6	L	listopad	Při stlaní postele a náklonu nad lůžko, prudká bolest zad a omezení v pohybu.	Nedošlo k porušení předpisů ze strany zaměstnance ani zaměstnavatele.
7	S	listopad	Při otvírání dveří došlo k nepřirozenému ohnutí palce levé ruky, následovala prudká bolest. Diagnóza podvrtnutí a natažení palce levé ruky.	Nedošlo k porušení předpisů ze strany zaměstnance ani zaměstnavatele.

V druhé řadě došlo ke zhodnocení nežádoucích událostí hlášených tištěným formulářem bez zřejmého zavinění. U nežádoucích událostí, u nichž nebylo možné určit pachatele (např. škody způsobené neznámou osobou), byly zaznamenány pouze absolutní četnosti. Vzhledem k absenci referenční skupiny nebylo možné tyto události dále analyzovat pomocí relativních četností ani statistického testování. V roce 2024 byl zaznamenán vyšší počet technických problémů (13) než v roce 2023 (8), rozdíl však nebyl statisticky testován z důvodu absence referenčního souboru.

V kategorii technických problémů bylo v roce 2023 zaznamenáno celkem 8 incidentů, mezi nimiž byly hlášeny například tyto události: riziko výbuchu propanbutanové lahve, ztráta bezpečnostního tlačítka, špinavá a zápachající voda, výpadek elektrického proudu, nefunkční výtah, vyhořelá pračka, netekoucí teplá voda či porucha systému tísňového volání tzv. bezpečnostní tlačítka. Do kategorie ostatní spadají incidenty jako nebezpečná osoba

v areálu (v podnapilém stavu, vyhrůžující personálu i pacientům ublížením na zdraví, hnízdo sršňů, vyvrácený strom po bouři a následné poškození majetku nemocnice a zvýšení hladiny legionelly v potrubí pitné vody.

V roce 2024 bylo v kategorii technických problémů zaznamenáno celkem 13 nežádoucích událostí. Mezi hlášené události patřil například únik vody potrubím, ztráta bezpečnostního tlačítka, nedodání stravy, výskyt nadměrně horké vody, neohlášená odstávka vody, přítomnost studené vody místo očekávané teplé, výskyt vysokého tlaku medicínálních plynů, poškození závory a poškozené dveře.

**Tabulka 13:** Počet četností nežádoucích událostí cizí zavinění

NU tištěný formulář cizí zavinění	2023	2024
Technický problém	8	13
ostatní	9	0
celkem	17	13

## 6 DISKUZE

V této kapitole jsou prezentovány hlavní výsledky výzkumu ve vztahu k cílům práce, ověřovaným hypotézám a dostupné odborné literatuře. Diskuze se zaměřuje na interpretaci zjištění, porovnání s jinými studii a na identifikaci možných limitací výzkumu.

Diskuze je rozdělena do dvou částí, a to na první část vztahující se k hodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí. A ve druhé části dojde k diskuzi ohledně zhodnocených dat nežádoucích událostí.

### 6.1 Diskuze první části

V průběhu realizace výzkumu zaměřeného na hodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí došlo k neočekávaným komplikacím v procesu sběru dat. Přestože výzkum byl schválen vrcholovým managementem nemocnice a distribuce dotazníků probíhala prostřednictvím staniční sestry, tak primář oddělení následně dotazníky zabavil a ty nebyly poskytnuty k analýze. Tato situace vedla k absenci klíčových dat, což zásadně omezilo možnost vyhodnocení spokojenosti pacientů a tím k nedosažení stanoveného cíle výzkumu zjistit spokojenost pacientů hospitalizovaných v psychiatrické nemocnici na odděleních závislosti.

V tomto kontextu lze odmítnutí vydání vyplněných dotazníků vnímat jako selhání nejen v oblasti komunikace, ale i v porozumění významu sběru zpětné vazby. Hodnocení spokojenosti pacientů má být vnímáno jako nástroj pro zlepšení kvality péče, nikoli jako prostředek k hodnocení jednotlivých pracovníků. Abuosi et al. (2022) zdůrazňují, že důvěra mezi výzkumníky, personálem a vedením je klíčová pro úspěšnou realizaci jakéhokoliv projektu zaměřeného na kvalitu. Ferreira et al. (2023) uvádějí, že spokojenost pacientů je nezávislým ukazatelem kvality péče, který může ovlivnit klinické výsledky, počet stížností a efektivitu poskytovaných služeb. Měření spokojenosti pacientů je tedy klíčové pro zlepšení kvality zdravotní péče a přizpůsobení služeb potřebám pacientů.

Layne et al. (2019) ve svém článku upozorňuje na skutečnost, že negativní zkušenosti zdravotnických pracovníků se snahou upozornit na chybu, zejména pokud na ně vedení nereaguje adekvátně, výrazně zvyšují pravděpodobnost, že v budoucnu budou mlčet. Obava z odvetných kroků ze strany nadřízených navíc úzce souvisí s nižším vnímáním celkové bezpečnosti pacientů. Respondenti, kteří uváděli vyšší míru obav z odvety, zároveň hodnotili úroveň bezpečnosti poskytované péče jako nižší. Z těchto zjištění vyplývá, že organizace by měly při budování kultury bezpečí zohlednit i cílené kroky vedoucí ke snížení obav zaměstnanců z možných represí. Jedním z klíčových opatření může být podpora otevřené

komunikace mezi členy týmu a posilování kolegiální soudržnosti, která vytváří bezpečný prostor pro sdílení a řešení problémů bez strachu z negativních následků. (Layne et al., 2019)

### 6.1.1 Omezení první části

Významným omezením této práce byla nemožnost realizovat plánovaný dotazníkový výzkum zaměřený na spokojenost pacientů s poskytovanou péčí. Přestože byl výzkum schválen vedením zdravotnického zařízení a dotazníky vycházely ze standardizovaného nástroje používaného v předchozích letech, došlo k jeho předčasnému ukončení na základě rozhodnutí vedoucího pracovníka konkrétního oddělení. Tento zásah znemožnil získání primárních dat o subjektivním vnímání kvality péče ze strany pacientů, což představuje výrazné omezení výzkumného rámce. Chybějící perspektiva pacientů představuje nekomplexní pohled na kvalitu poskytované péče.

### 6.1.2 Návrh opatření první části

Na základě popsané situace, kdy při sběru dat hodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanou péčí byly dotazníky zabaveny, navrhuji pro budoucí výzkumnou činnost několik doporučení a opatření, která by měla přispět ke zvýšení spolehlivosti a integrity sběru dat.

V první řadě je vhodné uzavřít **formální písemnou dohodu** s vrcholovým vedením nemocnice a zároveň i s klíčovými pracovníky na jednotlivých úrovních organizační struktury. Tato dohoda by měla vymezit podmínky realizace výzkumu, způsob nakládání s daty a zajistit ochranu práv respondentů i výzkumníka.

Před zahájením samotného šetření je nezbytné transparentně a detailně **informovat všechny úrovně managementu** – vrcholový, střední i liniový – o cílech, metodologii, průběhu a významu výzkumu. Tímto postupem lze předcházet případným nedorozuměním a zajistit součinnost všech zainteresovaných stran.

Dále je žádoucí, aby sběr dat probíhal **pod přímým dohledem výzkumníka**. Ten by měl osobně zajišťovat distribuci a následný sběr dotazníků, čímž se posílí kontrola nad úplností dat a současně se minimalizuje riziko narušení etických zásad, zejména ochrany anonymity a důvěrnosti informací poskytovaných respondenty.

## 6.2 Diskuze druhé části

V rámci diplomové práce byl stanoven cíl analyzovat nežádoucí události za roky 2023 a 2024 v psychiatrické nemocnici a provést jejich vzájemné porovnání. Na tuto část výzkumu navazoval cíl identifikovat nedostatky v systému managementu kvality hlášení NU a navrhnout opatření pro udržení a další zvyšování kvality poskytované péče.

Nejčastěji se v obou sledovaných letech vyskytovaly pády pacientů, následované výskytem dekubitů. U těchto dvou typů NU nebyl zaznamenán statisticky významný meziroční rozdíl. Pozitivním zjištěním je však pokles výskytu problémového chování pacientů a návštěv, který byl statisticky významný. To může naznačovat vhodné volby deeskalačních technik u pacientů. Myšlenku autorky potvrzují Celofiga et al. (2022), jejich randomizovaná kontrolovaná studie zjistila, že trénink v deeskalaci je účinný při snižování výskytu a závažnosti agresivního chování a omezování použití fyzických omezení na psychiatrických odděleních.

Celkový počet NU se mezi roky 2023 a 2024 statisticky významně nelišil. Přesto analýza umožnila identifikovat rozdíly na úrovni jednotlivých oddělení. Nejzatíženějšími příjmovými odděleními z hlediska hospitalizací byla oddělení *T* a *Q*, avšak z hlediska výskytu NU se jako nejvíce problematické jevílo oddělení *J*, kde došlo k nárůstu absolutních četností případů z 47 v roce 2023 na 57 v roce 2024. Při hlubší analýze případů oddělení *J*, nejčetnějšími událostmi byly pády, které zůstávají na prvním místě v rámci celé psychiatrické nemocnice v obou letech. Incidence pádu vychází na 4,90 pádů na 100 hospitalizovaných pacientů v roce 2023 a 5,39 v roce 2024. Po přepočtu na 1 000 lůžkodnů dosáhla incidence hodnoty 0,48 (2023) a 0,54 (2024), což je stále pod mezinárodními standardy WHO (2023), uvádějícími 3–5 pádů na 1 000 lůžkodnů. Přesto je nutné zohlednit možnost podhlášení, zejména u pádů bez následků. Nízká míra hlášení může dle Pokorné et al. (2019) odrážet spíše defenzivní kulturu než reálně nízký výskyt NU.

Statisticky nebyl meziroční rozdíl v počtu pádů významný ( $p = 0,351$ ), přesto je žádoucí reflexe – například přehodnocení použití rizikových škál, účinnosti preventivních opatření a zajištění pravidelné edukace pacientů i personálu. Nejvíce zranitelnou skupinou byli pacienti na gerontopsychiatrických odděleních, kde se pády vyskytovaly v souvislosti s poruchou rovnováhy, demencí či Parkinsonovou nemocí. Turner et al. (2020) ve studii analyzují data z více než tisíce psychiatrických jednotek v USA a zjišťují, že **míra pádů v psychiatrické péči** je srovnatelná s akutními odděleními všeobecných nemocnic. Zajímavým je pohled na tzv. asistované pády, kdy dojde k pádu pacienta za přítomnosti personálu, který pád zmírní.

Autoři studie uvádějí, že prostředí psychiatrických jednotek (častější pohyb pacientů mimo pokoj, zhoršený dohled) spolu s vyšším výskytem komorbidit u geriatrických pacientů zvyšuje pravděpodobnost pádů bez přítomnosti personálu a s tím souvisejících zranění. To poukazuje na důležitost pravidelné edukace personálu i pacientů a na potřebu cílené prevence přizpůsobené specifikům psychiatrické péče. (Turner et al., 2020)

Z hlediska časového rozložení NU byly zjištěny meziroční rozdíly ve výskytu událostí v jednotlivých měsících. Nejvýraznější nárůst byl zaznamenán v říjnu 2024, kde došlo ke zdvojnásobení případů ve srovnání s říjnem 2023. Také v červenci a prosinci 2024 byl zaznamenán významný nárůst. Ačkoli bylo prokázáno, že měsíční rozložení NU je náhodné, zvýšený výskyt v letních měsících, zejména v červenci, může souviset se zvýšenou zátěží personálu během období dovolených či s nástupem nových všeobecných sester či lékařů. Zahraniční literatura se v této souvislosti zmiňuje o tzv. „červencovém efektu“ (July effect). Young et al., (2011) upozorňuje, že kvůli nástupu nových lékařů v nemocnicích může dojít ke zvýšení úmrtnosti a poklesu efektivity péče. Naopak Metersky et al., (2022) ve své retrospektivní studii zkoumající data z let 2010–2017 dospěli k závěru, že pacienti přijímaní v červenci a srpnu nejsou vystaveni zvýšenému riziku nežádoucích událostí. Zvýšený výskyt nežádoucích událostí v určitých měsících v psychiatrické nemocnici si zasluhuje hlubší zkoumání.

Ve vztahu k NU týkajícím se zaměstnanců nedošlo ke statisticky významnému nárůstu. Naopak, u jednoho typu události – pádu zaměstnance – byl zaznamenán statisticky významný pokles. Tato skutečnost může být interpretována jako důsledek efektivní edukace personálu, zejména v oblasti prevence pádů a používání vhodné pracovní obuvi. Cockayne et al. (2021) ve své studii hodnotí účinnost a nákladovost protiskluzové obuvi s tím, že díky použití protiskluzové obuvi došlo ke snížení výskytu pádů mezi nemocničním personálem. Význam má rovněž cílená edukace, jak upozorňují Bell et al. (2013). Pády a uklouznutí představují jedno z nejčastějších pracovních rizik v prostředí zdravotnických zařízení. Efektivní prevence těchto incidentů zahrnuje kombinaci školení personálu, zavedení protiskluzové obuvi a úprav pracovního prostředí. (Bell et al., 2013)

V oblasti managementu kvality lze považovat vedení hlášení NU dvěma způsoby – paralelně v elektronickém systému a na papírových formulářích jako problematické. Může docházet k nepřesnostem a případně i duplicitám. V jednom zaznamenaném případě byla technická závada nesprávně zadaná do elektronického systému místo na papírový formulář. Ačkoliv

*Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče* (ÚZIS, 2022) nedefinuje konkrétní podobu lokálního interního systému pro evidenci NU ale z hlediska řízení kvality a bezpečnosti by bylo vhodné sjednotit tištěnou a elektronickou evidenci NU do jednoho digitálního systému.

Cíl analyzovat NU a porovnat jejich výskyt v letech 2023 a 2024 byl v práci splněn. Výsledky analýzy poukazují na konkrétní oblasti, kde je žádoucí zavést cílená opatření ke zvýšení kvality a bezpečnosti poskytované péče.

### **6.2.1 Omezení druhé části**

Důležité je zmínit omezení tohoto výzkumu. V rámci analýzy nežádoucích událostí nebyl proveden hloubkový kvalitativní rozhovor s personálem, který by mohl obohatit kvantitativní data o další pohledy na kvalitu péče a faktory ovlivňující vznik nežádoucích událostí.

Byl poskytnut nedostatek dat ohledně nežádoucích událostí tištěný formulář, pro což došlo k omezení rozsahu výzkumu, a je to tedy překážkou pro identifikaci vzorce a relevantních souvislostí.

### **6.2.2 Návrh opatření druhé část**

V této části jsou prezentována konkrétní doporučení pro praxi, která jsou odvozena z poznatků získaných během zpracovávání nežádoucích událostí. Dle zjištěných skutečností jsou navržena následující opatření zaměřená na zvýšení kvality péče a bezpečnosti pacientů v prostředí psychiatrických nemocnicích.

V současnosti je v daném zařízení využívána duální forma evidence nežádoucích událostí, jednak prostřednictvím elektronického informačního systému, jednak pomocí tištěných formulářů, které slouží především k evidenci incidentů mimo přímou péči o pacienty (např. události týkající se personálu či majetku). Tento stav však přináší určité nevýhody, například roztržitost dat, ztíženou agregaci a analýzu, i vyšší administrativní zátěž. **Digitalizace všech nežádoucích událostí** zlepší dostupnost dat, umožní efektivnější monitoring i kontrolu a zvýší včasnost a přesnost hlášení. Pro úspěšnou implementaci je klíčové proškolení personálu a nastavení jasných kompetencí.

Vhodným opatřením je podpora kultury pracoviště. Jak uvádějí Abuosi et al. (2022), **kultura bezpečí** založená na otevřené komunikaci, týmové spolupráci významně přispívá ke zvýšení frekvence hlášení NU a celkové bezpečnosti pacientů. V prostředí, kde panuje strach ze sankcí a chybí jasné postupy nebo znalost hlásicích mechanismů, dochází k podhlášení

incidentů, což znemožňuje účinnou prevenci. Za klíčové oblasti podpory lze označit především **proaktivní postoj managementu**, který nastavuje pravidla otevřeného a bezpečného sdílení chyb, **pozitivní pracovní prostředí**, kde zaměstnanci cítí podporu, nikoliv hrozbu postihu, **elektronizaci systému hlášení**, která zjednodušuje a urychluje záznam a analýzu NU a **vzdělávání personálu** již v rámci odborné přípravy, což vytváří zdravý postoj k bezpečnostní kultuře od počátku profesní dráhy.

Bell et al. (2013) podporuje kulturu bezpečí a pro prevenci pádů a uklouznutí personálu doporučuje bezpečnou obuv, školení personálu – eliminovat lidský faktor, jako je nepozornost, spěch, dále instalace protiskluzových podlah, zajištění čistoty a pořádku.

Vzhledem k vysokému výskytu nežádoucích událostí na oddělení *J* doporučuji provést hloubkovou analýzu tohoto oddělení. Zaměřit by se měla na **personální kapacity**, **materiálně-technické podmínky oddělení** a **systém prevence pádů**. Dále je žádoucí **zavést pravidelné a strukturované edukační aktivity** jak pro pacienty, tak pro zdravotnický personál, se zvláštním důrazem na specifika geriatrické psychiatrie.



## 7 ZÁVĚR

Diplomová práce se zaměřila na vybrané aspekty managementu kvality v prostředí psychiatrické nemocnice, přičemž hlavním cílem bylo analyzovat výskyt nežádoucích událostí a poukázat na potenciální nedostatky v systému jejich hlášení. Výsledky práce potvrzují, že kvalita péče a bezpečnost pacientů jsou úzce propojeny a že systematické sledování nežádoucích událostí je nezbytné pro zajištění bezpečného prostředí v psychiatrických zařízeních nejen pro pacienty ale i pro personál.

Ačkoliv se nepodařilo realizovat původně zamýšlenou část výzkumu zaměřenou na hodnocení spokojenosti pacientů, přinesla tato zkušenost cenné poučení pro budoucí výzkumníky. Současně tato zkušenost poukazuje na nezbytnost rozvíjení kultury bezpečí, v níž je hodnocení poskytované péče vnímáno zaměstnanci jako nástroj pro zlepšování, nikoliv jako prostředek k hledání viníků a ukládání sankcí.

Dále se podařilo podrobně zmapovat spektrum nežádoucích událostí v letech 2023 a 2024. Z analýzy vyplynulo, že nejčastějšími typy incidentů zůstávají pády pacientů a výskyt dekubitů, přičemž jejich četnost se mezi sledovanými roky významně nelišila. Pozitivním zjištěním byl statisticky významný pokles událostí spojených s problémovým chováním pacientů a návštěv, což může svědčit o zlepšení přístupu personálu i využívání deeskalačních technik.

Podrobná analýza na úrovni jednotlivých oddělení identifikovala konkrétní pracoviště s vyšším výskytem událostí, především v oblasti gerontopsychiatrie. Tento fakt poukazuje na nutnost zohlednění specifických rizikových faktorů dané cílové skupiny a úpravu preventivních strategií, například intenzivnější edukaci personálu či úpravy režimových opatření.

Dále se ukázalo, že současný model vedení hlášení nežádoucích událostí ve dvou rovnocenných systémech – elektronickém a tištěném – přináší určitá rizika v oblasti přehlednosti a konzistence dat. Zavedení jednotného digitálního systému, doprovázeného adekvátním proškolením personálu, by mohlo přispět k vyšší efektivitě, přesnosti a transparentnosti celého procesu. Současné vytváření prostředí, kde je chyba vnímána jako příležitost ke zlepšení, nikoliv jako prostor pro sankce, je klíčové pro dlouhodobě udržitelný rozvoj kvality péče.

Závěrem lze říci, že kvalitní management rizik a důsledná práce s daty o nežádoucích událostech představují základní nástroj pro řízené zlepšování péče v psychiatrických zařízeních. Zjištění práce mohou být využita jako podklad pro další zlepšování v oblasti řízení kvality a bezpečnosti v psychiatrické nemocnici.

## 8 POUŽITÁ LITERATURA

### 8.1 Primární zdroje

ČESKO, 2009. *Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník*. [online]. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, ©2010–2025. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>. [cit. 2024-12-29].

ČESKO, 2012. *Vyhláška č. 102/2012 Sb., o hodnocení kvality a bezpečí lůžkové zdravotní péče*. [online]. In: *Zákony pro lidi*. AION CS, ©2010–2025. Dostupné z: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2012-102>. [cit. 2025-03-10].

### 8.2 Sekundární zdroje

DVOŘÁČEK, Jiří, 2020. *Proměny léčby závislosti – terapie bez moci (bezmoci)*. *Psychiatrie pro praxi* [online]. 21(2), 100–104. ISSN 12130508, 18035272. Dostupné z: doi:10.36290/psy.2020.018. [cit. 2025-02-26].

KALINA, Kamil, 2015. *Klinická adiktologie*. Vydání 1. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4331-8.

KORECKÝ, Michal a Václav TRKOVSKÝ, 2011. *Management rizik projektů se zaměřením na projekty v průmyslových podnicích* [online]. Praha: Grada Publishing, a.s. ISBN 978-80-247-7527-2. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/e-kniha/management-rizik-projektu-2254155/>. [cit. 2025-02-26].

NENADÁL, Jaroslav, 2016. *Systémy managementu kvality: co, proč a jak měřit?* Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-426-4.

NENADÁL, Jaroslav, 2018. *Management kvality pro 21. století*. Vydání 1. Praha: Management Press. ISBN 978-80-7261-561-2.

PAVLOVSKÝ, Pavel, 2012. *Soudní psychiatrie a psychologie: 4., aktualizované vydání* [online]. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-8191-4. Dostupné z: <https://www.bookport.cz/kniha/soudni-psychiatrie-a-psychologie-2148/>. [cit. 2025-02-26].

PLEVOVÁ, Ilona, 2012. *Management v ošetrovatelství*. 1. vydání. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-3871-0.

POKORNÁ, Andrea, Dana DOLANOVÁ, Veronika ŠTROMBACHOVÁ, Petra BŮŘILOVÁ, Jana KUČEROVÁ a Jan MUŽÍK, 2019. *Management nežádoucích událostí ve zdravotnictví: metodika prevence, identifikace a analýza*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0720-9.

RABOCH, Jiří a KOL. PAVLOVSKÝ PAVEL A, 2014. *Psychiatrie*. Karolinum. ISBN 978-80-246-2712-0. Dostupné také z: <https://www.bookport.cz/kniha/psychiatrie-5485/>. [cit. 2025-02-26].

ŠKRLA, Petr, 2008. *Řízení rizik ve zdravotnických zařízeních*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2616-8.

ŠUPŠÁKOVÁ, Petra, 2017. *Řízení rizik při poskytování zdravotních služeb: manuál pro praxi*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-0062-0.

ŠVARC, Jiří, Marek PÁV, Simona PAPEŽOVÁ a Martin HOLLÝ. Ochranné léčení – postupy pro poskytovatele zdravotní péče. *Psychiatrie pro praxi*, 2018, roč. 19, č. 2, s. 80–85. ISSN 1803-5272.

ŽALUDEK, Adam, 2020. *Management kvality a rizik psychiatrické péče*. 1. vydání. Praha: Grada Publishing. ISBN 978-80-271-2275-2.

### **8.3 Odborné články**

ABUOSI, Aaron Asibi, Collins Atta POKU, Priscilla Y. A. ATTAFUAH, Emmanuel Anongeba ANABA, Patience Aseweh ABOR, Adelaide SETORDJI a Edward NKETIAH-AMPONSAH, 2022. Safety culture and adverse event reporting in Ghanaian healthcare facilities: Implications for patient safety. *PLoS One* [online]. 17(10). Dostupné z: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275606>. [cit. 2025-02-05].

BELL, Jennifer L., James W. COLLINS, Hope M. TIESMAN, Marilyn RIDENOUR, Srinivas KONDA, Laurie WOLF a Bradley EVANOFF, 2013. Slip, trip, and fall injuries among nursing care facility workers. *Workplace Health & Safety* [online]. 61(4), 147–152. ISSN 2165-0799. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/216507991306100402>. [cit. 2025-02-05].

BOYER, L., K. BAUMSTARCK-BARRAU, N. CANO, X. ZENDJIDJIAN, R. BELZEAUX, S. LIMOUSIN, D. MAGALON, J. -C. SAMUELIAN, C. LANCON a P. AUQUIER, 2009. Assessment of psychiatric inpatient satisfaction: A systematic review of self-reported instruments. *European Psychiatry* [online]. 24(8), 540–549. ISSN 0924-9338. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2009.05.011>. [cit. 2025-02-05].

CELOFIGA, Andreja, Blanka KORES PLESNICAR, Jure KOPRIVSEK, Miha MOSKON, Dominik BENKOVIC a Hojka GREGORIC KUMPERSCAK, 2022. Effectiveness of De-Escalation in Reducing Aggression and Coercion in Acute Psychiatric Units. A Cluster Randomized Study. *Frontiers in Psychiatry* [online]. 13. ISSN 1664-0640. Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.856153>. [cit. 2025-04-10].

COCKAYNE, Sarah, Caroline FAIRHURST, Michael ZAND, Gillian FROST, Mark LIDDLE, Rachel CUNNINGHAM-BURLEY, Catherine HEWITT, Heather ILES-SMITH, Lorraine GREEN, Emily BAIN, Misbah MOGRADIA a David J. TORGERSON, 2021. Slip-resistant footwear to reduce slips among health-care workers: the SSHeW RCT. *Public Health Research* [online]. Southampton (UK): NIHR Journals Library. Dostupné z: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK567685/>. [cit. 2025-04-19].

FERREIRA, Diogo Cunha, Inês VIEIRA, Maria Isabel PEDRO, Paulo CALDAS a Miguel VARELA, 2023. *Patient Satisfaction with Healthcare Services and the Techniques Used for its Assessment: A Systematic Literature Review and a Bibliometric Analysis*. *Healthcare* [online]. 11(5), čl. 639. ISSN 2227-9032. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/healthcare11050639>. [cit. 2025-02-05].

GOODRICH, George W. a James Mark LAZENBY, 2022. Elements of patient satisfaction: An integrative review. *Nursing Open* [online]. 10(3), 1258–1269. ISSN 2054-1058. Dostupné z: <https://doi.org/10.1002/nop2.1437>. [cit. 2025-02-05].

HAJI, Eman A., Ahmed H. EBRAHIM, Hassan FARDAN a Haitham JAHRAMI, 2022. Reporting Inpatients' Experiences and Satisfaction in a National Psychiatric Facility: A Study Based on the Random Forest Algorithm. *Journal of Patient Experience* [online]. 9, čl.23743735211069819. ISSN 2374-3735. Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/23743735211069819>. [cit. 2025-02-05].

LAYNE, Diana M., Lynne S. NEMETH, Martina MUELLER a Mary MARTIN, 2019. *Negative Behaviors among Healthcare Professionals: Relationship with Patient Safety Culture. Healthcare* [online]. 7(1), čl. 23. ISSN 2227-9032. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/healthcare7010023>. [cit. 2025-02-05].

METERSKY, Mark L., Noel ELDRIDGE, Yun WANG, Sheila ECKENRODE, Deron GALUSHA, Lisa JASER, Jasie MATHEW, Steven ANGUS a Robert NARDINO, 2022. Rates of Adverse Events in Hospitalized Patients After Summer-Time Resident Changeover in the United States: Is There a July Effect? *Journal of Patient Safety* [online]. 18(3), 253. ISSN 1549-8417. Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000887>. [cit. 2025-02-05].

NESTLER, Eric J., 2025. The biology of addiction. *The biology of addiction. Science Signaling* [online]. 18(872), eadq0031. ISSN 1937-9145. Dostupné z: <https://doi.org/10.1126/scisignal.adq0031>. [cit. 2025-02-05].

ŚWIĄTONIOWSKA-LONC, Natalia, Jacek POLAŃSKI, Wojciech TAŃSKI a Beata JANKOWSKA-POLAŃSKA, 2020. Impact of satisfaction with physician–patient communication on self-care and adherence in patients with hypertension: cross-sectional study. *BMC Health Services Research* [online]. 20(1), čl. 1046. ISSN 1472-6963. Dostupné z: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05912-0>. [cit. 2025-02-05].

TURNER, Kea, Ragnhildur BJARNADOTTIR, Ara JO, Renee John R. REPIQUE, Jamie THOMAS, Jeanette F. GREEN a Vincent S. STAGGS, 2020. Patient Falls and Injuries in U.S. Psychiatric Care: Incidence and Trends. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* [online]. 71(9), 899–905. ISSN 1557-9700. Dostupné z: <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000004>. [cit. 2025-02-05].

WOBROCK, T., S. WEINMANN, P. FALKAI a W. GAEBEL, 2009. Quality assurance in psychiatry: quality indicators and guideline implementation. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* [online]. 259(2), 219–226. ISSN 1433-8491. Dostupné z: <https://doi.org/10.1007/s00406-009-0072-7>. [cit. 2025-02-05].

YOUNG, John Q., Sumant R. RANJI, Robert M. WACHTER, Connie M. LEE, Brian NIEHAUS a Andrew D. AUERBACH. 2011. "July Effect": Impact of the Academic Year-End Changeover on Patient Outcomes. *Annals of Internal Medicine* [online]. 155(5), 309–315. ISSN 0003-4819. Dostupné z: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-5-201109060-00354>. [cit. 2025-02-05].

#### 8.4 Internetové zdroje

Anon., 2021. *Národní hodnocení spokojenosti pacientů*. Ministerstvo zdravotnictví [online]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/ukonceni-pilotniho-projektu-narodni-hodnoceni-spokojenosti-pacientu/>. [cit. 2024-12-29].

KANCELÁŘ VEŘEJNÉHO OCHRÁNCE PRÁV, 2024. *Zranitelné skupiny lidí v ochranném léčení: Výzkumná zpráva*. [online]. Brno: Kancelář veřejného ochránce práv. Dostupné z: [https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/10-2023-NZ\\_vyzkumna\\_zprava.pdf](https://www.ochrance.cz/uploads-import/ESO/10-2023-NZ_vyzkumna_zprava.pdf). [cit. 2025-02-06].

LATINO, Bob, 2024. *Optimizing RCA and FMEA in Health Care*. [online]. Dostupné z: <https://reliability.com/resources/articles/rca-fmea-in-health-care-example/>. [cit. 2025-02-25].

MZČR, 2019. *Seznam oprávněných osob*. Ministerstvo zdravotnictví [online]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/seznam-opravnenych-osob/>. [cit. 2025-02-06].

MZČR, 2021a. *Resortní bezpečnostní cíle*. Ministerstvo zdravotnictví [online]. Dostupné z: <https://mzd.gov.cz/resortni-bezpecnostni-cile/>. [cit. 2025-02-06].

MZČR, 2021b. *Věstník* [online]. 11/2021. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. Dostupné z: [https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2021/11/Vestnik-MZ\\_13-2021.pdf](https://mzd.gov.cz/wp-content/uploads/2021/11/Vestnik-MZ_13-2021.pdf). [cit. 2025-02-06].

NÁRODNÍ MONITOROVACÍ STŘEDISKO PRO DROGY A ZÁVISLOSTI, 2024. *Souhrnná zpráva o závislostech v ČR 2023*. drogy-info.cz [online]. Dostupné z: [https://www.drogy-info.cz/data/obj\\_files/33912/1301/Souhrn%20-%20C3%BAvodn%C3%AD%20kapitola%20Souhrnn%C3%A9%20zpr%C3%A1vy%20o%20z%C3%A1vislostech%20v%20C4%8CR%202023\\_web.pdf](https://www.drogy-info.cz/data/obj_files/33912/1301/Souhrn%20-%20C3%BAvodn%C3%AD%20kapitola%20Souhrnn%C3%A9%20zpr%C3%A1vy%20o%20z%C3%A1vislostech%20v%20C4%8CR%202023_web.pdf). [cit. 2025-02-17].

NZIP, ÚZIS, 2021. *Závislost: co to je?* NZIP.cz [online]. Dostupné z: <https://www.nzip.cz/clanek/320-zavislost-zakladni-informace>. [cit. 2025-02-06].

OMBUDSMAN, 2019. *Ochranné léčení nemá koncepci, negarantuje bezpečí pacientům, ani personálu.* [online]. Dostupné z: <https://www.ochrance.cz/aktualne/ochranne-leceni-nema-koncepci-negarantuje-bezpeci-pacientum-ani-personalu/>. [cit. 2025-03-16].

PÁV, Marek a Jiří ŠVARC, 2018. *Stávající stav a doporučení k dalšímu rozvoji sítě ochranného léčení.* [online]. Dostupné z: [https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2023-02/KA1\\_St%C3%A1vaj%C3%ADc%C3%AD%20stav%20a%20doporu%C4%8Den%C3%AD%20k%20dal%C5%A1%C3%ADmu%20rozvoji%20s%C3%ADt%C4%9B%20ochrann%C3%A9ho%20l%C3%A9%C4%8Den%C3%AD%2C%20anal%C3%BDza.pdf](https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2023-02/KA1_St%C3%A1vaj%C3%ADc%C3%AD%20stav%20a%20doporu%C4%8Den%C3%AD%20k%20dal%C5%A1%C3%ADmu%20rozvoji%20s%C3%ADt%C4%9B%20ochrann%C3%A9ho%20l%C3%A9%C4%8Den%C3%AD%2C%20anal%C3%BDza.pdf). [cit. 2025-03-16].

RAITER, Tomáš, 2010. *O projektu | KOP – Kvalita Očima Pacientů.* [online]. Dostupné z: <http://www.hodnoceni-nemocnic.cz/O-projektu.html>. [cit. 2024-12-29].

SHNU, 2024. *Obecná metodika.* NÁRODNÍ PORTÁL Systém hlášení nežádoucích událostí [online]. Dostupné z: <https://shnu.uzis.cz/cs/metodicke-materialy/obecna-metodika/>. [cit. 2025-02-05].

ÚZIS, 2022 *Metodika sledování nežádoucích událostí ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče.* [online]. Dostupné z: [https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke\\_dokumenty/obecna\\_metodika\\_sledovani\\_nu\\_2022\\_final\\_na\\_web.pdf](https://shnu.uzis.cz/res/file/metodicke_dokumenty/obecna_metodika_sledovani_nu_2022_final_na_web.pdf). [cit. 2025-02-05].

WHO, 2023. *Patient safety.* [online]. Dostupné z: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>. [cit. 2025-02-05].

WHO, 2024. *MKN-10 2024.* mkn10.cz [online]. Dostupné z: <https://mkn10.uzis.cz/>. [cit. 2025-02-06].

## 8.5 Ostatní zdroje

BARTŮNĚK, Vladimír, 2022. *Psychiatrická ročenka 2022.*

BEDNAŘÍK, Milan, 2018. *Kvalita péče ve zdravotnictví.* Praha: Ústav práva a právní vědy. ISBN 978-80-87974-14-8.

## **9 PŘÍLOHY**

Příloha A <i>Anonymní dotazník spokojenosti hospitalizovaných pacientů</i> .....	73
--	----



## **Příloha A** *Anonymní dotazník spokojenosti hospitalizovaných pacientů*

### **ANONYMNÍ DOTAZNÍK SPOKOJENOSTI HOSPITALIZOVANÝCH PACIENTŮ** oddělení A (muži)

Vážený pane,

prosím Vás o vyplnění anonymního dotazníku, který se zaměřuje na hodnocení spokojenosti pacientů s poskytovanou zdravotní péčí v psychiatrické nemocnici.

Tento průzkum slouží jako součást mé diplomové práce, kterou vypracovávám v rámci studijního programu Organizace a řízení ve zdravotnictví na Fakultě zdravotnických studií Univerzity Pardubice. Vaše odpovědi budou nejen důležitým zdrojem dat pro výzkumnou práci, ale také poslouží jako zpětná vazba psychiatrické nemocnici. Zjištěné informace pomůžou v dalším zdokonalování kvality a efektivity poskytované péče.

U otázky vždy zaškrtněte volný čtvereček, který nejvíce vystihuje Váš názor, případně na prázdné řádky vypište odpověď.

Předem děkuji za Váš čas a vyplnění dotazníku.

Studentka Bc. Gabriela Vošická

#### **ZÁKLADNÍ INFORMACE**

1. Kolik Vám je let?

- 18–22       23–35       36–45       46–60       61–74       75–89 a více

2. Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?

- Základní škola       SŠ bez maturity       SŠ s maturitou       Vysokoškolské

3. Jaké je Vaše zaměstnání?

- student       nezaměstnaný       důchodce  
 jiné: \_\_\_\_\_

4. Jaká byla Vaše motivace se jít léčit se závislostí? Kvůli:

- zdraví  
 rodině  
 partnerce  
 jiné \_\_\_\_\_

5. Jak dlouho jste na daném oddělení hospitalizován?

- méně než 30 dní       více než 30 dní

6. Pokud jste uvedl déle než 30 dní, vypište jak dlouho (v měsících): \_\_\_\_\_

## PRVNÍ KONTAKT SE ZAŘÍZENÍM

7. Jak na Vás působil první kontakt se zařízením (na centrálním příjmu)?  
Zapůsobil na mě:
- Velmi dobře a profesionálně
  - Neutrálně
  - Špatně až velmi špatně
  - Nevzpomínám si
8. Dostal jste během přijetí dostatek informací o svém zdravotním stavu a dalším průběhu Vaší léčby?
- Ano
  - Ano, v omezené míře
  - Ne, ačkoliv jsem je žádal
  - Ne, nežádal jsem informace
9. Jak dlouho jste při příjmu do zařízení čekal na uložení na lůžko?
- Do 15 minut
  - Méně než jednu hodinu
  - Alespoň jednu, ale méně než dvě hodiny
  - Dvě a více hodin
  - Nepamatuji se
10. Zakroužkujte, jak byste oznámkoval organizaci a plynulost Vašeho přijetí do zařízení.  
(1 = nejlepší známka, 5 = nejhorší známka)

1.....2.....3.....4.....5

## POBYT V ZAŘÍZENÍ

11. Rušil Vás v noci hluk? (*zde můžete vybrat více možností*)
- Ne
  - Ano, hluk ostatních pacientů
  - Ano, hluk zaměstnanců zařízení
  - Ano, hluk zvenčí
12. Jak jste byl spokojen s čistotou pokojů?
- Velmi spokojen
  - Spíše spokojen
  - Spíše nespokojen
  - Zcela nespokojen

13. Jak jste byl spokojen s čistotou toalet a sprch?

- Velmi spokojen
- Spíše spokojen
- Spíše nespokojen
- Zcela nespokojen

14. Vyhovovala Vám teplota ve Vašem pokoji?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

14.1 Pokud jste odpověděl *spíše ne* či *ne*, z jakého důvodu?

V pokoji mi bylo teplo

V pokoji mi byla zima

15. Vyhovovala Vám doba ranního buzení?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

16. Vyhovovala Vám doba návštěv?

- Ano
- Spíše ano
- Spíše ne
- Ne

17. Jak byste ohodnotil kvalitu jídla?

- Velmi dobrá
- Spíše dobrá
- Spíše špatná
- Velmi špatná

18. Jak jste byl spokojen s množstvím jídla?

- Porce pro mě byly příliš velké
- Porce pro mě byly přiměřené
- Porce pro mě byly příliš malé

19. Vyhovovala Vám doba podávání snídaně?

- Ano                      Ne, byla podávána:  brzy                       dlouho

20. Vyhovovala Vám doba podávání obědu?

- Ano                      Ne, byla podávána:  brzy                       dlouho

21. Vyhovovala Vám doba podávání večeře?  
 Ano                      Ne, byla podávána:  brzy                       dlouho
22. Byla jste celkově spokojena s takovými službami zařízení, jako je např. možnost telefonovat přes „pacientský“ telefon, sledovat TV, zakoupit si noviny atd.?  
 Velmi spokojen  
 Spíše spokojen  
 Spíše nespokojen  
 Zcela nespokojen

22.1 Pokud jste odpověděl *spíše nespokojen* či *zcela nespokojen*, vypište důvod Vaší nespokojenosti:

---

23. Stalo se Vám někdy, že jste spadl z lůžka?  
 Ano                       Ne                       Nevím

#### **OŠETŘUJÍCÍ**

#### **LÉKAŘ**

(Je lékař psychiatr, který má na starosti Vaši léčbu, diagnostiku, medikaci, předává informace Vám či rodinně.)

24. Znal jste svého ošetřujícího lékaře?  
 Ano, znal jsem ho jménem  
 Ano, ale neznal jsem ho jménem  
 Ne, nevím, kdo byl můj ošetřující lékař, vadí mi to  
 Ne, nevím, bylo mi to jedno
25. Vyhovovalo Vám, jak často Vás ošetřující lékař navštěvoval?  
 Ano                       Ne                       Nevím
26. Jak byste zhodnotil Váš vztah k ošetřujícímu lékaři z hlediska důvěry? Můžete říci, že Váš vztah byl:  
 Velmi dobrý  
 Dobrý  
 Nepříliš dobrý  
 Špatný  
 Nevím

## LÉKAŘI OBECNĚ

27. Když jste položil lékaři důležitou otázku, dostal jste odpověď, které jste rozuměl?
- Vždy
  - Většinou
  - Občas
  - Nikdy
  - Neptal jsem se
28. Pokud jste měl strach nebo obavy ze svého stavu nebo léčby, byl lékař ochotný si s Vámi promluvit?
- Vždy
  - Většinou
  - Občas
  - Nikdy
  - Neměl jsem strach ani obavy
29. Hovořil před Vámi lékař tak, jako byste nebyl přítomen?
- Často
  - Občas
  - Nikdy
30. Hovořil s Vámi lékař každý den?
- Ano
  - Ne

## VŠEOBECNÉ SESTRY

31. Když jste položil všeobecné sestře důležitou otázku, dostal jste odpověď, které jste rozuměl?
- Vždy
  - Většinou
  - Občas
  - Nikdy
  - Neptal jsem se
32. Pokud jste měl strach nebo obavy ze svého stavu nebo léčby, byla všeobecná sestra ochotná si s Vámi promluvit?
- Vždy
  - Většinou
  - Občas
  - Nikdy
  - Neměl/a jsem strach ani obavy
33. Hovořila před Vámi všeobecná sestra tak, jako byste nebyl přítomen?
- Často
  - Občas
  - Nikdy

34. Měl jste důvěru ke všeobecným sestřím, které Vás ošetřovaly?
- Určitě ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne
  - Vůbec ne

35. Znal jste všeobecné sestry jménem?
- Ano, znal jsem všechny jménem
  - Ano, znal jsem většinu jménem
  - Ne, nevím, jak se jmenovaly, vadí mi to
  - Ne, nevím, bylo mi to jedno

### PSYCHOLOGOVÉ

36. Znal jste svého psychologa?
- Ano, znal jsem ho jménem
  - Ano, ale neznal jsem ho jménem
  - Ne, neznal jsem svého psychologa, vadí mi to
  - Ne, nevím, bylo mi to jedno

37. Byl jste spokojený s vedením psychoterapeutických skupin psychologem?
- Určitě ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne
  - Vůbec ne

38. Hovořil před Vámi psycholog, jako byste nebyl přítomen?
- Často
  - Občas
  - Nikdy

39. Měl jste důvěru k psychologovi, který Vás provází léčbou?
- Určitě ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne
  - Vůbec ne

40. Pokud jste měl strach nebo obavy ze svého stavu nebo léčby, byl psycholog ochoten si s Vámi promluvit?
- Vždy
  - Většinou
  - Občas
  - Nikdy
  - Neměl/a jsem strach ani obavy



48. Využil jste služby zdravotně – sociálního pracovníka?  
(např.: finanční zajištění – žádost o invalidní důchod, vyřizování nových dokladů, hledání ubytování atp.)

Ano

Ne

48.1 Pokud jste odpověděl ANO, byl jste spokojený s pomocí, jakou Vám zdravotně – sociální pracovník poskytl?

Určitě ano

Spíše ano

Spíše ne

Vůbec ne

### ZDRAVOTNÍ PÉČE / LÉČBA

49. Stalo se Vám, že jste dostal během pobytu v zařízení od zdravotnického personálu (lékařů, sester, adiktologa, psychologa) protichůdné informace?

Často

Občas

Nikdy

50. Vyhovovala Vám dosažitelnost zdravotnického personálu v zařízení?

Určitě ano

Spíše ano

Spíše ne

Určitě ne

Nevím

51. Chtěl jste být více zapojen do rozhodování o své léčbě, než vám bylo umožněno?

Ano

Ne

Nevím

52. Měli Vaši blízcí dostatek příležitostí hovořit s lékařem?

Ano

Ne

Nevím

53. Měl jste dostatek soukromí, když s Vámi lékař probíral Váš zdravotní stav nebo léčbu?

Vždy

Občas

Nikdy

Lékař se mnou nehovořil

54. Měl jste dostatek soukromí během vyšetření nebo léčby?

Vždy

Občas

Nikdy



55. Jak jste byl celkově spokojen s rychlostí, s jakou Vám personál poskytl pomoc, když jste ji potřeboval?
- Velmi spokojen
  - Spíše spokojen
  - Spíše nespokojen
  - Zcela nespokojen
  - Nepotřeboval jsem pomoc
56. Byl jste seznámen s právy pacientů?
- Ano
  - Ne
  - Nevím
57. Pokud jste byl předem informován o vyšetření či zákroku, který jste měl podstoupit, stalo se, že jeho termín nebyl dodržen?
- Často se stalo, že termín nebyl dodržen
  - Občas se stalo, že termín nebyl dodržen
  - Jen výjimečně se stalo, že termín nebyl dodržen
  - Termíny byly vždy dodrženy
  - Žádná vyšetření či zákroky jsem nepodstoupil
  - O vyšetřeních či zákrocích jsem nebyl/a předem informován
58. Vezmete-li v úvahu množství léků, které jste dostával na utišení bolesti, myslíte si, že jste:
- Dostával více léků, než bylo třeba
  - Dostával optimální množství léků
  - Dostával méně léků, než bylo třeba
  - Léky na bolest jsem nepotřeboval
  - Nevím

## **OBECNÉ HODNOCENÍ ZAŘÍZENÍ**

59. Cítíte celkově, že jste byl léčen s úctou a respektem?
- Určitě ano
  - Spíše ano
  - Spíše ne
  - Určitě ne
60. Jak hodnotíte postoj celého personálu tohoto zařízení? Řekl byste, že postoj byl soucitný a uklidňující a jeho schopnost vzbudit ve Vás dobré pocity byla:
- Výjimečně velká
  - Velká
  - Malá
  - Nedostatečná

